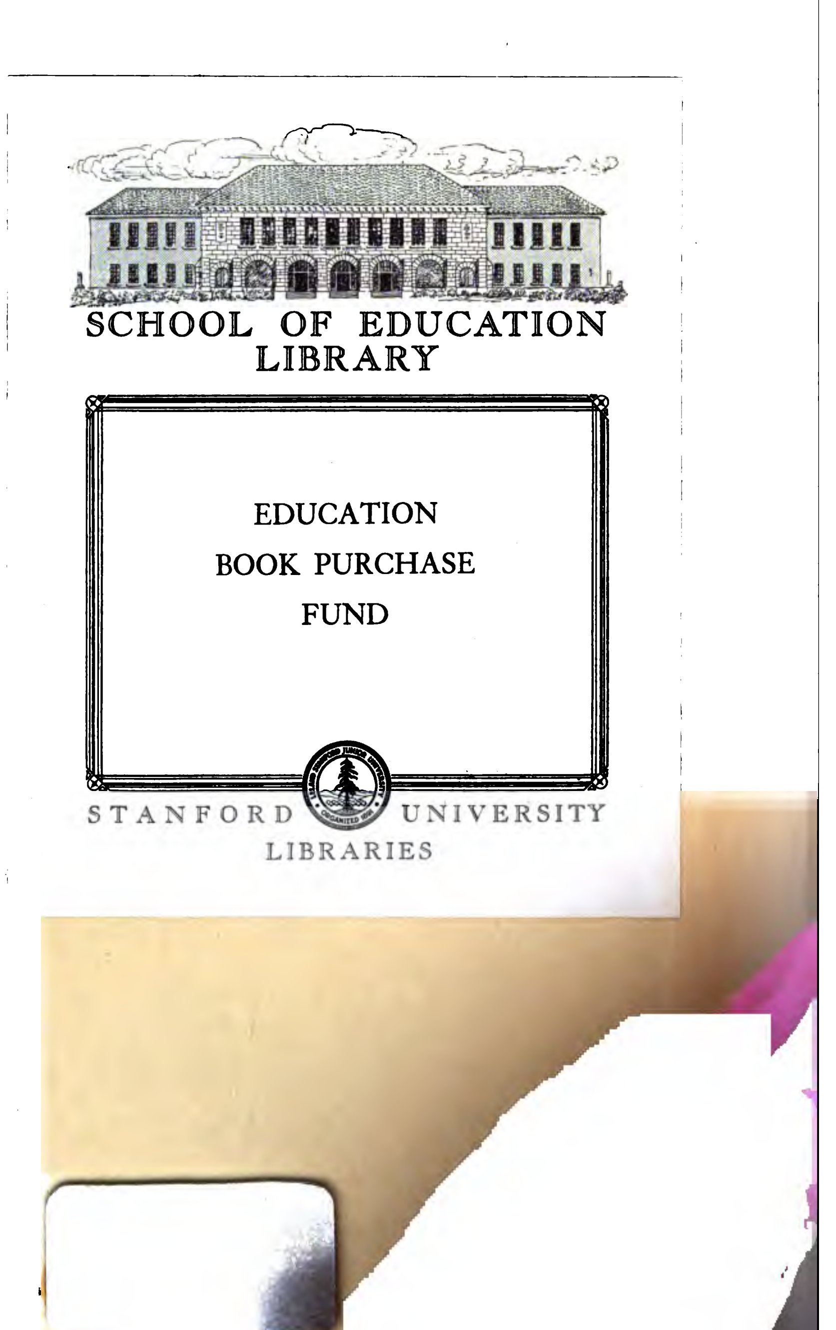
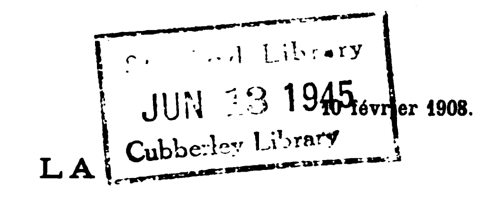

SCHOOL OF EDUCATION
LIBRARY
EDUCATION
BOOK PURCHASE
FUND
STANFORD UNIVERSITY
LIBRARIES



Tome I. — N° 1. 10 février 1908.



LA [M]ÉDECINE SCOLAIRE

[B]ULLETIN MENSUEL DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES

Directeur scientifique :

Dr MÉRY,

Professeur agrégé à la Faculté, Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades, Médecin du Collège Chaptal.

Comité de Rédaction :

Dr Hutinel, professeur de clinique des maladies des enfants, membre de l'Académie de médecine. — Dr Boulloche, médecin de l'Hôpital Bretonneau. — Dr Caussade, médecin des hôpitaux. — Dr Grisel, ancien chef de clinique chirurgicale infantile à la Faculté. — Dr Louis Guinon, médecin de l'Hôpital Bretonneau. — Dr Jullien, professeur agrégé, chirurgien de Saint-Lazare. — Dr Le Noir, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine. — Dr Mathieu, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine. — Dr Mosny, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine. — Dr Netter, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'Hôpital Trousseau, membre de l'Académie de médecine. — Dr Rénon, professeur agrégé à la Faculté, médecin de la Pitié. — Dr Sigalas, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Dr Triboulet, médecin de l'Hôpital Trousseau.

Rédacteur en Chef : Dr L. BUTTE,

[S]ecrétaire général de la Société des médecins inspecteurs des Écoles, 40, rue St-Placide. Tél. 731.16

Secrétaire de la Rédaction : Dr GAGNIÈRE,

Secrétaire de la Société des médecins inspecteurs des Écoles, 12, avenue Hoche, Thiais. Tél. 30

Comité de Publication :

Drs Dufestel, H. Gillet, De Pradel, Stackler, Vauthier, médecins inspecteurs des Écoles.



PARIS

LIBRAIRIE CH. DELAGRAVE

15, RUE SOUFFLOT, 15

AVIS IMPORTANT

Société des Médecins Inspecteurs des Écoles de la Seine

Séance du Jeudi 20 février 1908

Les membres de la Société des médecins inspecteurs des Écoles so[nt] instamment priés d'assister à la réunion de la Société qui se tiendra l[e] jeudi 20 février 1908 à 8 h. 1/2 du soir à la mairie du IV[e] arrondissement. (Salle des cours B.)

ORDRE DU JOUR

1° Discussion du projet relatif au recrutement des médecins iuspecteurs d[es] Écoles par le concours;

2° L'œuvre de la préservation de l'enfance contre la tuberculose (Dr OGUSE).

3° Examen de la vision et de l'audition à l'École.

Avis important. — MM. les membres de la Société des médecins inspecteurs des Écoles sont prévenus que le Trésorier recevra les cotisations à la séance de février. — Ceux de nos collègues qui n'auraient p[u] assister à la réunion sont informés qu'ils recevront dans les huit jours suivants, par la poste, la quittance augmentée de cinquante centimes pour frais de recouvrement.

Abonnement à la Médecine Scolaire

FRANCE : UN AN...... 6 fr. | ÉTRANGER : UN AN.... 7 fr.

LE NUMÉRO....... 0 fr. 60

Tome I. — N° 1. 10 février 1908.

LA MÉDECINE SCOLAIRE

SOMMAIRE

Notre Programme. — I. *Travaux Originaux.* — 1. La fiche scolaire, son véritable caractère (Dr Henri Gourichon). — 2. Les méthodes en éducation physique (Dr Dufestel). — II. *Compte rendu de la Séance du 25 décembre 1907 (Société des Médecins-Inspecteurs des Ecoles).* — III. *Conseils pratiques.* — Les Coryzas (Dr Gagnière). — IV. Informations.

Notre Programme

Le souci de protéger l'enfance et de lui assurer son meilleur développement physique et intellectuel a, depuis quelques années, préoccupé de plus en plus les esprits. Dans ce mouvement généreux en faveur des œuvres de préservation de l'enfance, des œuvres favorisant ce que le professeur Pinard a appelé la puériculture, la France a eu une part des plus importantes; elle a le devoir de s'intéresser particulièrement à l'étude de ces questions; car, pour elle, plus que pour d'autres peuples plus favorisés au point de vue de la natalité, elles constituent au premier chef des questions vitales.

Il est heureux donc que, dans notre pays, on l'ait compris, et qu'on le comprenne tous les jours de plus en plus.

Sous l'influence de ce mouvement sont nés toutes les œuvres, tous les groupements s'occupant de la protection du nourrisson et de la mortalité infantile. Gouttes de lait, pouponnières, consultations de nourrissons se développent de plus en plus dans toute la France, toutes œuvres concourant à la défense et à la préservation du nourrisson.

C'est du même mouvement généreux de défense sociale de l'enfant qu'est née l'œuvre de Préservation familiale contre la tuberculose fondée par le professeur Grancher et bientôt complétée par son œuvre de Préservation scolaire. Car ce n'est pas seulement les très jeunes enfants qu'il s'agit de défendre et dont il faut surveiller le développement et la croissance, c'est à toutes les périodes de cette croissance que la surveillance doit s'exercer, pour que les résultats définitifs soient acquis. Pendant la vie scolaire, cette surveillance est particulièrement importante; elle peut être surtout efficace. Elle doit donc retenir l'attention de tous ceux qui s'intéressent à l'hygiène infantile.

A côté de l'hygiène et de la préservation du nourrisson, l'hygiène et la préservation de l'écolier constituent la seconde partie aussi importante de l'hygiène infantile et s'étendant sur un cycle beaucoup plus grand de la vie de l'enfant; c'est ce qu'ont compris toutes les nations qui ont donné à l'hygiène scolaire un développement considérable dans ces dernières années (Allemagne, Suisse, Belgique, Japon, Angleterre). La France, elle aussi, a suivi le bon exemple; après s'être intéressée surtout à l'étude et au développement des œuvres concernant l'hygiène du nourrisson, elle a compris qu'il fallait compléter cette œuvre en s'occupant théoriquement et pratiquement de l'hygiène de l'écolier.

Le mouvement en faveur de l'hygiène scolaire en France a été provoqué par la fondation de la Ligue

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Tome I. — N° 2. 10 avril 1908.

LA MÉDECINE SCOLAIRE

BULLETIN MENSUEL DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES



PARIS
LIBRAIRIE CH. DELAGRAVE
15, RUE SOUFFLOT, 15

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

D[r] CHAILLOU, ancien interne des Hôpitaux.
D[r] COURGEY (d'Ivry), délégué cantonal.
D[r] DINET, ancien interne des Hôpitaux.
D[r] PLEY, chef des travaux optiques à l'Hôtel-Dieu.
D[r] CESAR ROUX, médecin inspecteur des Écoles à Nice.

Tome I. — N° 2. 10 avril 1908.

LA MÉDECINE SCOLAIRE

CONVOCATION

Actes de la Société
des Médecins Inspecteurs
des Ecoles de la Seine

M

Les Membres de la Société sont instamment priés d'assister à la Réunion de la Société qui se tiendra le **Jeudi 30 Avril 1908**, à 8 heures 1/2 du soir, à la Mairie du IVe arrondissement (Salle des Cours B).

ORDRE DU JOUR :

Communication du Dr ROLLAND *sur le mobilier scolaire. — Présentation d'appareils.*
Circulaire préfectorale prescrivant des visites bi-hebdomadaires.
Examen de l'audition et de la vision.
Cantines scolaires.

SOMMAIRE

I. *Travaux Originaux.* — 1. L'orthopédie et la médecine scolaire (Dr P. Besançon). — 2. Revaccination par grattage (Dr G. Gagnière). — 3. L'activité des médecins scolaires de Berlin (V.-H. Friedel). — II. *Compte rendu de la Séance du 20 janvier 1908 (Société des Médecins Inspecteurs des Ecoles).* — III. *Correspondance.* — IV. — *Bibliographie.*

I. — Travaux Originaux

I. — L'orthopédie et la médecine scolaire

par le Dr P. BEZANÇON
Médecin Inspecteur des Ecoles

Quelles connaissances devrait posséder en *orthopédie* le médecin inspecteur des écoles? J'avoue que le problème me paraît devoir se résoudre différemment

suivant que l'on considère de telle ou telle façon le rôle qu'il doit jouer dans l'école. Celui-ci pour le moment y est assez limité; mais, si l'on armait le médecin inspecteur de pouvoirs plus complets, si la fiche sanitaire, par exemple, devait être établie plus ou moins complète, il est certain que les connaissances exigées devraient être par suite plus étendues et plus variées.

Les deux buts du médecin inspecteur doivent être, ce me semble : 1° de surveiller le développement de l'enfant; 2° de prévenir les maladies qui peuvent l'atteindre, en particulier dans son squelette, et d'en reconnaître le début.

M. le Dr Méry, dans son excellent rapport au Congrès de Londres de 1907, a bien décrit le rôle du médecin (aidé du personnel enseignant) dans l'appréciation du *développement de l'enfant.* Nous pensons qu'on peut écarter les mesures anthropométriques compliquées, difficiles à prendre et par conséquent incertaines; on s'en tiendra à quelques données fort simples, à savoir ;

Le poids, avec la bascule;

La taille, avec la toise;

La force de la main, avec le dynamomètre;

L'amplitude respiratoire, avec le mètre-ruban.

Il semble que, pour cette dernière mesure qui est si importante et qui est le complément de l'auscultation, le périmètre xyphoïdien est plus exact que le périmètre axillaire. Quand l'appareil mensurateur de notre collègue Dufestel existera à un certain nombre d'exemplaires, il est certain que le médecin inspecteur aura grand intérêt à savoir s'en servir.

Il devra également connaître les conditions que doit remplir le matériel scolaire proportionné à la taille de l'enfant; le matériel neuf de la Ville est bon et bien gradué; l'ancien est médiocre; nous regrettons de l'avoir encore dans une de nos écoles.

La gymnastique est, sous le régime actuel, à peu près soustraite au contrôle du médecin inspecteur; il peut bien assister aux séances et donner quelques avis, mais, en fait, je ne sais si l'administration l'invite à empiéter sur ce domaine. Pourtant notre collègue Dufestel a très heureusement, dans ses écoles, développé l'importance donnée à la gymnastique, en a fait un centre d'études comparées très intéressantes. Les médecins inspecteurs de l'avenir devront connaître les résultats de son expérience, comme ils auront dû s'assimiler les notions contenues dans quelques manuels de gymnastique scolaire, qui sont bien composés.

***

La *prophylaxie*, le *dépistage des maladies qui peuvent atteindre le squelette* constituent le deuxième point que nous avons à envisager.

Le jour où il faudra établir le carnet sanitaire, parmi tous les renseignements qui seront à y consigner, l'inspection du corps tout entier semble devoir y prendre place. Deux maladies, entre autres, devront être bien connues du médecin inspecteur et attirer son attention, le rachitisme et la tuberculose ; car c'est un milieu bien tuberculisé que celui des enfants parisiens.

Il faudra que l'examen, ce nous semble, soit complet et porte, par exemple, sur les divers segments des membres : malformation des orteils, pieds plats rachitiques, pieds plats des adolescents, incurvation des tibias; genu varum et valgum, etc. Les pointes de hernie ne seraient pas négligées. L'enfant devrait être examiné non seulement au repos, mais encore pendant la marche; car la moindre claudication présente de l'importance. Mettant à part les grosses lésions qui n'auront guère pu échapper aux parents (luxation congénitale, paralysie infantile), il reste encore du côté des hanches des symptômes moins gros ou plus récents qui

doivent être recherchés. La découverte d'une coxalgie dès le début a une importance telle, comme pronostic et traitement, que le médecin inspecteur devra pouvoir la reconnaître d'une façon précoce. D'ailleurs on aurait tort de croire que l'on peut toujours facilement faire le diagnostic d'une boiterie légère; mais ce seraient là des finesses qui sortiraient du sujet.

L'état de la *colonne vertébrale* est, au point de vue de l'orthopédie, l'organe sur lequel le médecin inspecteur doit avoir surtout l'attention attirée, car elle est directement influencée par les travaux scolaires, et les lésions, faibles au début, ne peuvent être que trop accrues par l'absence de surveillance.

C'est pendant les heures de classe, et surtout pendant l'écriture, que les attitudes des écoliers doivent être observées; mais pour cela le médecin a tout à fait besoin du secours de l'institutrice (je parle des filles, puisque leur nombre est proportionnellement le plus élevé, comme on le sait, parmi les scoliotiques), car il est certain que, si l'on fait écrire des enfants en présence du médecin et si celui-ci ne reste dans la classe que quelques minutes, il a des chances de ne voir que des attitudes excellentes; c'est dix minutes plus tard qu'il faudrait revenir, ou plutôt qu'il faudrait voir sans être vu, lorsqu'une certaine lassitude s'est produite. Adieu alors la belle attitude du début! L'élève a cherché par tous les moyens la position de moindre effort, laquelle n'est pas la même pour toutes, et le buste a commencé à pencher d'un côté ou de l'autre. Peut-être d'ailleurs la manière d'écrire n'est-elle pas indifférente, et il semble que la fatigue arrive plus vite avec l'écriture droite qu'avec l'écriture penchée; or la fatigue est le grand ennemi.

L'examen d'une enfant dont la mauvaise position habituelle est signalée au médecin inspecteur par l'insti-

tutrice demande du soin et de l'attention, car le rachis est mobile et les apparences peuvent être trompeuses. On doit recommander à l'enfant de se tenir comme elle le fait d'habitude, sans se redresser par un effort extraordinaire. On se sera assuré préalablement : 1° de l'état du pharynx (savoir s'il y a ou s'il y a eu des adénoïdes, de l'obstruction du nez); 2° de l'état des pieds (y a-t-il un ou des pieds plats plus marqués d'un côté que de l'autre, entraînant de ce côté le bassin et compromettant toute la statique du rachis ?). On marquera alors au crayon dermographique les apophyses épineuses et on tracera le bord spinal des omoplates. La distance qui sépare ce bord de la ligne épineuse est-elle, de part et d'autre, inégale? la scoliose s'affirme et surtout la torsion qui la complique. On regardera, en même temps, l'espace vide triangulaire qui sépare le bras de la taille et l'on appréciera leur symétrie ou non; puis on fera courber l'enfant en avant le plus possible et l'on examinera, à jour frisant, la convexité postérieure des côtes, en se rappelant qu'une scoliose, qui peut être masquée dans la position debout, se révèle en plein quand l'enfant se courbe en avant. On palpera les apophyses épineuses pour constater leur direction ; on regardera l'état des muscles : dans la région lombaire, le côté de la convexité est toujours marqué par une corde verticale qui se produit pour rétablir l'équilibre lorsqu'une courbure dorsale fait pencher le corps de l'autre côté.

Par l'examen rapide des os et des muscles, on pourra ainsi faire rapidement un diagnostic. Dans d'autres cas (douleurs en ceinture, mauvais état général, apparence rigide de la colonne vertébrale), c'est du côté du mal de Pott qu'il faudra chercher. On se gardera de le confondre avec une cyphose rachitique et on se rappellera que le diagnostic est parfois difficile, ou du moins difficile à faire immédiatement ; mais on y peut revenir.

Le médecin inspecteur devra donc pouvoir se faire une opinion sur les élèves qu'il aura examinés. Bien entendu le traitement lui échappe. Il devra pourtant savoir que toute tuberculose osseuse au début doit être sans délai exclue de l'école et signalée au médecin de la famille; que, si l'on peut être un peu plus indulgent pour les déviations vertébrales, il faut tout de même se persuader et persuader aux familles que leur gravité est grande et que les six heures de classe par jour ne leur conviennent nullement. Si celles-ci persistent à envoyer l'enfant à l'école, le médecin inspecteur devra recommander à l'institutrice, pour l'enfant, tous les ménagements, la faire dispenser de l'écriture, de la couture, de tout ce qui est fatigant. Car, et cela nous semble une règle générale, si le médecin inspecteur est désarmé pour le traitement à suivre au dehors, il doit avoir à cœur que le séjour à l'école ne soit pas pour le mal une cause d'aggravation.

*
* *

En résumé, il nous semble que le médecin inspecteur doit pouvoir, ce qui est assez simple:

Prendre les quelques mesures anthropométriques dont nous avons parlé;

Connaître la gymnastique scolaire et en particulier la gymnastique respiratoire;

Connaître le matériel scolaire;

Savoir bien les maladies osseuses de l'enfance, en particulier le rachitisme, les tuberculoses, les scolioses au début.

---

2. — Revaccination par grattage

par le Dr G. Gagnière
Médecin Inspecteur des Ecoles

I

On sait que la piqûre est le procédé de revaccination

adopté par les vaccinateurs officiels dans les écoles du département de la Seine.

Tous ceux qui se sont adonnés à l'étude des questions qui se rattachent à la vaccination n'ignorent pas que si le mode de récolte du vaccin, si le choix d'une lymphe de bonne qualité et sa conservation sont choses d'une importance capitale, le *modus faciendi* pour leur emploi est un des principaux facteurs du succès. Aussi avons-nous pensé qu'il y a lieu de chercher, une fois de plus, à mettre en lumière la méthode du grattage dont on ne vantera jamais trop, selon nous, la supériorité.

Introduire du vaccin par piqûres ou ponction sous l'épiderme jusqu'à la couche muqueuse de Malpighi, l'y déposer par scarifications linéaires de 2 ou 3 mm. de longueur, l'y étaler largement après avoir dénudé la couche muqueuse sur une étendue variable, ce sont là trois opérations très dissemblables, et il semble bien au premier abord que la dernière donne plus de garanties de succès que les deux autres, chez des sujets dont la réceptivité est très amoindrie. C'est ce procédé que MM. Rafinesque et Raymond ont décrit en 1894 et auquel ils ont donné le nom de revaccination par grattage.

Prenez une lancette de Chambon ou un vaccinostyle aseptiques, et, la peau du bras tendue entre le pouce et le médius de la main gauche, grattez-la doucement d'un léger mouvement de va-et-vient sur une étendue de plusieurs millimètres carrés, ou, pour prendre un terme de comparaison plus exact, sur la largeur de la lunule de l'ongle du petit doigt. Essuyez soigneusement les petits copeaux épidermiques que l'opération a accumulés sur l'instrument; aseptisez-le de nouveau en le passant dans une flamme, et l'ayant chargé après refroidissement (pour éviter la destruction du vaccin qui cesse d'être actif à 52°), étalez-le sur la tranche dénudée,

recouverte d'un léger piqueté séro-sanguin où vous voyez sourdre des gouttelettes qui vous indiquent que les vaisseaux lymphatiques s'apprêtent à recevoir le liquide vaccinal. Vous avez, préalablement, savonné le bras à l'eau tiède et vous avez décapé finalement la peau par un peu d'éther, de préférence à l'alcool. Si votre sujet est très propre et a grand soin de lui, le nettoyage à l'alcool est suffisant; mais s'il s'agit de travailleurs exposés aux poussières, n'oubliez pas le savonnage. Vous pourriez voir survenir des lymphangites Seraient-elles graves? Peut-être; en tout cas, elles constitueraient un anachronisme. Un médecin ne doit plus provoquer de lymphangites septiques à notre époque. C'est alors qu'il fournirait des arguments aux vaccinateurs qui prétendent que la méthode expose à des mécomptes, comme nous le leur entendrons dire tout à l'heure.

Quelques instants après la petite opération, chez la plupart des sujets, la partie grattée présente l'aspect d'une élevure assez semblable aux papules de l'urticaire. On voit naître sur place un dermographisme intense, signe d'une réaction locale assez considérable. La douleur est insignifiante et, sauf quelques très rares individus, je n'ai jamais, quant à moi, observé de syncopes; lorsque des lypothymies ont eu lieu, elles avaient pour origine la pusillanimité. « Les enfants acceptent très « volontiers le raclage, écrit M. le Dr Courgey, un apôtre « du raclage (1); ils crient beaucoup moins que lorsqu'on « les pique, s'intéressent à cette petite et lente opéra« tion, sont moins surpris et restent tranquilles. Cela « leur produit l'effet d'un léger chatouillement. »

J'ai eu la même impression que mon excellent confrère et ami sur ce point; mais je juge inutile d'ajouter au raclage une ou deux piqûres avec la pointe de

(1) *Concours médical*, 27 mai 1906.

la lancette sur la surface dénudée, comme je le lui ai vu faire quand il a bien voulu m'initier à la méthode ; on dénaturerait le procédé, qui cesserait d'être du raclage pour devenir de la piqûre associée au raclage (1). Aussitôt la chose terminée, on laisse bien sécher et on applique un pansement; il faut, de préférence, employer un carré de gaze aseptique. Le coton hydrophile a l'inconvénient d'adhérer à la surface mise à nu et d'empêcher, en risquant d'absorber le vaccin, la formation normale des pustules.

Quelques jours après l'opération (3 à 5 jours environ), la petite plaie se recouvre d'une croûte comparable à celle des pointes de feu; elle tombe sans incidents au cas d'insuccès; si le succès couronne l'œuvre, au pourtour on voit apparaître un léger liseré sur lequel s'élèvent plusieurs pustules qui s'ombiliquent quelquefois bien nettement en donnant de la vaccine franche ou qui, d'autres fois, évoluent comme une vaccinoïde. La cicatrice finale est à peu près proportionnelle à la dimension de la partie dénudée; elle est, d'habitude, assez insignifiante.

II

Le procédé Rafinesque et Raymond a-t-il des inconvénients ? Je n'en ai pas observé, mais je vais, très impartialement, donner la parole à l'accusation, si je puis ainsi dire. La défense sera ensuite entendue. Le jury médical de nos lecteurs pourra asseoir son jugement sur des bases solides.

L'accusateur est ici M. Saint-Yves-Ménard, et son réquisitoire a paru dans la *Presse médicale* (22 mai 1907). Peut-être avait-il été provoqué par un article de M. le D[r] Courgey (2) et une réclamation de priorité de

(1) *Gazette des hôpitaux*, 2 avril 1907.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 2-4 avril 1907, p. 461.

MM. Rafinesque et Raymond (1). M. le Dr Saint-Yves-Ménard malmenait assez vivement le procédé du grattage. Voici quelles étaient les grandes lignes de son travail, illustré de croquis schématiques.

1° Sur un sujet vierge, enfant ou génisse, tout point ou trait d'inoculation donne lieu à un élément vaccinal complet. Le champ vaccinal est homogène.

2° Sur un sujet vacciné récemment, complètement immunisé, tout point d'inoculation reste stérile et la petite plaie se cicatrise immédiatement.

3° Sur un sujet incomplètement immunisé, si on fait de nombreux points ou traits d'inoculation, un certain nombre restent complètement stériles. D'autres donnent lieu à des éléments incomplets.

Enfin quelques-uns sont entourés d'éléments complets, mais d'un faible développement.

Conclusion. — La multiplicité des points d'inoculation donne chance d'obtenir un plus grand nombre de résultats positifs. « Le grattage réalise au plus haut point « ces conditions favorables... Voilà ce qui est incontes- « table en principe (2). » [Cité textuellement.]

Mais, ceci posé, M. Saint-Yves-Ménard se demande quelles sont les chances de succès, et il ajoute qu'elles sont discutables. De plus, la plaie par grattage ouvre une large porte aux infections et on a souvent vu considérer comme manifestation vaccinale ce qui n'était que staphylococcie vulgaire. Il faut que la vaccination soit *toujours* inoffensive. Le résultat, dit-il, est acquis avec nos procédés perfectionnés de préparation du vaccin et nos portes d'entrée minimes aux infections (3). Or avec le grattage, il y a souvent des phénomènes infectieux (lymphangites, adénites, phlegmons, etc.), et ceci,

(1) *Gazette des hôpitaux*, 20 avril 1907.
(2) *Presse médicale*, 22 mai 1907.
(3) *Ibid.*, loc. cit.

même au cas d'insuccès. En résumé, on ne doit pas, pour quelques chances d'augmenter le pourcentage de succès, risquer les complications du grattage (1).

Cette attaque ne devait pas tarder à provoquer une réponse de MM. Rafinesque et Raymond (2) aux objections principales de M. Saint-Yves-Ménard.

1° Si la plaie par grattage offre une porte ouverte aux infections banales, disent ces auteurs, c'est qu'au lieu d'inoculer un virus pur on va chercher sur la génisse tous les microbes hétérogènes, nous allions dire « toutes les saletés de son écurie » et qu'on se contente d'un *simulacre de désinfection.*

2° Si l'élément vaccinal semble acquérir une importance démesurée et se complique trop souvent de phénomènes inflammatoires lents à guérir, c'est que M. Ménard confond deux choses, la réaction vaccinale et l'infection surajoutée. Celle-ci est-elle évitée par l'opérateur lorsqu'il fait des piqûres? Pourrait-il s'en porter garant ?

3° La staphylococcie vulgaire serait considérée comme éruption vaccinale, au dire de M. Ménard. Il est bien possible que des médecins enthousiastes ou insuffisamment entraînés à interpréter les résultats (3) aient commis cette erreur; mais, outre qu'elle est bien improbable, elle n'explique pas qu'elle ait eu des résultats si différents, par le grattage, de ceux qu'on obtenait par la piqûre qui, dans des écoles de 300 enfants, ne donnait que 3 à 4 °/₀ de succès. D'ailleurs, disent les auteurs, nous avons rendu M. Ménard témoin de nos résultats et nous pouvons en appeler à lui-même.

4° Sur le cas de savoir si, comme le dit M. Ménard, il y a lieu d'exposer les enfants ou les adultes revaccinés

(1) *Presse médicale*, 22 mai 1907.

(2) *Presse médicale*, 31 août 1907, p. 557.

(3) On verra plus loin comment il faut interpréter les résultats, et la marche que je propose de suivre pour y arriver.

à des complications (bien rares) du grattage pour obtenir un pourcentage plus élevé, on ne peut même pas discuter. N'est-ce pas le but de toute revaccination d'immuniser le plus grand nombre possible de sujets, et a-t-on le droit de s'endormir dans la fausse sécurité donnée par la piqûre ou la scarification?

III

Il ne suffit pas de chercher à prouver par l'argumentation, fût-elle très serrée, la supériorité d'un procédé sur ceux qu'on lui oppose. Il faut, scientifiquement, s'appuyer sur des faits positifs, et ce n'est que par l'accumulation de statistiques scrupuleuses qu'on arrivera à imposer la méthode qui nous occupe à l'opinion médicale.

Les statistiques établies par MM. Rafinesque et Raymond sont des plus probantes à cet égard. Bien mieux, ils ont opéré dans le milieu qui nous intéresse, les écoles.

470 enfants ont été divisés en 2 séries (1):

256 ont été revaccinés par la piqûre.

214 » » » par le grattage.

Chez les premiers on fit 3 piqûres, chez les derniers un grattage encadré de 2 piqûres.

Voici quels furent les résultats obtenus :

Enfants revaccinés par piqûre = 256	succès	vaccine vraie	16
		vaccine modifiée (fausse vaccine ou vaccinoïde)	28

soit 17,5 °/₀ de succès.

Il s'agissait de revaccination chez des enfants de 7 à 13 ans; la proportion trouvée, plus faible que les anté-

(1) G. Rafinesque et Paul Raymond. (Le procédé du grattage dans la revaccination, in *Bulletin général de thérapeutique*, 28 fév. 1894.)

rieures, 21 à 25 °/₀, était due à ce qu'un certain nombre d'enfants, déjà revaccinés, l'avaient été quand même.

Enfants revaccinés par grattage			214
Succès	105	par vaccine vraie	64
		par vaccine modifiée	41
Insuccès	109		

soit 50 °/₀ de succès.

Fait intéressant à signaler, sur 105 succès, 78 fois le grattage *seul* avait donné un résultat chez des enfants vaccinés *parallèlement* par piqûres sans résultat. Ces 78 enfants, si on les avait vaccinés par piqûre seulement, auraient été considérés par erreur comme immunisés, et 27 seulement, chez lesquels les piqûres furent positives, auraient été dits revaccinés avec succès.

Inversement, dans un très petit nombre de cas, les piqûres seules ont donné un résultat positif, le grattage ayant échoué. Ces cas se réduisent à 5, et même à 4, à cause d'une faute opératoire dans un cas de grattage.

Telle est la très intéressante statistique de MM. Rafinesque et Raymond.

Nous demandons à nos lecteurs la permission de relater ici les succès que nous avons obtenus à la Maison de travail pour le département de la Seine, dont nous assurons le service médical, depuis que nous y employons le grattage, dont la supériorité écrasante a fait de nous un chaud partisan de la méthode.

Voici comment nous avons procédé à l'établissement de notre statistique :

Nous faisons habituellement des séances de vingt vaccinations. En face du nom de chaque homme, figurent son âge, la mention de sa première vaccination contrôlée sur les cicatrices du bras, ses revaccinations avec leur date, celle de la vaccination à la maison, ainsi que le procédé employé, dans les cas où nous

avons agi comparativement, enfin le résultat obtenu, la revision étant faite huit jours après. Il arrive que des hommes revaccinés quittent la maison, apportant ainsi quelque trouble dans notre relevé, mais ils sont simplement annulés et ne figurent pas au chiffre total. De cette façon, il n'y a pas lieu d'en tenir compte; leur disparition est, d'ailleurs, plutôt préjudiciable à nos statistiques, car j'ai su par des surveillants de l'établissement que quelques hommes, non portés au total, étaient partis au moment où une pustule vaccinale faisait son apparition, et sans que j'aie pu vérifier le résultat.

La statistique que je présente ici porte sur un nombre assez élevé (plus de trois cents) pour permettre de se faire une opinion. Il serait trop long de les énumérer un par un, mais je tiens mes tableaux statistiques à la disposition de ceux de nos confrères que la question peut intéresser. Le résultat moyen de mes opérations oscille, avec le grattage, entre 45 et 50 °/₀. On pourrait m'objecter que l'âge de mes sujets est celui auquel on obtient les plus beaux succès. Il varie entre 16 et 55 ou 60 ans. Je répondrai que l'objection tombe devant ce fait que la plupart sont des vagabonds qui ont été revaccinés dans les asiles de nuit et que beaucoup d'entre eux, revaccinés sans succès par les procédés habituels en dehors de la maison, y ont été gratifiés, peu après, par le grattage, de superbes et authentiques pustules vaccinales.

Enfin, pour éclairer ma religion sur ce point, j'ai pris soin de faire comparativement des séances de scarification et des séances de grattage. Avec les premières, je n'ai jamais dépassé 25 °/₀ de succès et je suis souvent resté à 12 °/₀. J'ai complété mes expériences en faisant comparativement des vaccinations par grattage et par scarification sur les mêmes individus.

Je vais donner ici, à titre d'indication dans ce sens, le tableau d'une de mes opérations, celle du 27 juin 1907.

J'ai procédé à la vaccination comparative et à la revision devant deux surveillants de la maison, MM. Grévou et Guérin.

NOM	AGE	A-t-il été déjà vacciné?	A-t-il été revacciné et à quelle époque?	Date de la revaccination à la maison	RÉSULTAT
Pv...	54	Oui	Janv. 1907, succès inc.	27 juin 1907	Insuccès total
Rou..	51	Oui	Juin 1907, sans succès	—	Succ. p^r grat. seul.
Fold..	17	Oui	En 1907, avec succès	—	Insuccès
Luq..	36	Oui	1905, sans succès	—	Succ. p^r grat. seul.
Lej...	30	Oui	1904, sans succès	—	— —
Ler...	41	Oui	Mai 1907, sans succès	—	— —
Laul..	17	Oui	Mai 1907, sans succès	—	— —
Lassal	39	Oui	Fév. 1906, sans succès	—	Insuccès
Mais..	54	Oui	Juin 1907, sans succès	—	Succ. p^r grat. seul.

Soit 6 succès sur 9 par grattage = 66 °/₀;
Succès total par scarification = 0.

Le procédé employé était un grattage encadré de 4 scarifications de 15 millimètres.

Les succès par grattage comparativement aux insuccès par scarification sont maintenant monnaie courante pour moi à la Maison de travail. Aussi ai-je adopté définitivement le grattage comme méthode de revaccination.

IV

Et maintenant, comment interprétera-t-on, lors de la revision, les résultats des opérations de revaccination par grattage? On pourra, pour s'éclairer d'une façon générale sur la question, lire avec intérêt le travail que notre distingué collègue H. Gillet a consacré à la question (1). Il y donne une excellente classification des résultats obtenus dans la revaccination. Voici comment, en matière de grattage, je propose de procéder à l'interprétation des résultats.

(1) *Gazette des maladies infantiles*, 20 mai 1906, p. 13.

1° Toute revaccination par grattage donne lieu à une croûte.

2° Sera considérée comme négative toute opération suivie, au bout de 8 jours, d'une simple croûte dure, reposant sur des tissus absolument normaux, sans réaction périphérique.

3° Sera remise à une date ultérieure d'examen complémentaire toute croûte qui, examinée au bout de 8 jours, est bordée, en un point quelconque de sa périphérie, d'une élevure tendant à évoluer vers l'état vésiculeux ou vésiculo-pustuleux.

4° Sera considérée comme vaccine modifiée toute croûte entourée en un point quelconque de sa périphérie d'une pustule contenant le liquide louche caractéristique de la lymphe vaccinale.

5° Sera considérée comme vaccine typique toute croûte entourée sur toute sa périphérie d'une collerette pustuleuse renfermant un liquide plus ou moins louche ou purulent, la croûte remplaçant à ce moment la pustule de la vaccine normale et n'étant pas susceptible d'ombilication de par sa nature même et son mode d'évolution.

Quant à penser à une staphylococcie en présence d'une croûte entourée d'une simple collerette pustuleuse vaccinale, alors que les précautions antiseptiques ont été prises, ce serait, ou s'exposer à nier l'évidence même, ou admettre que la lymphe vaccinale livrée ait été impure, ou qu'elle n'ait pas eu les qualités spéciales requises par le Dr H. Gillet (1).

Pour ce qui est de la vaccination de génisse à bras, le même auteur a expliqué très clairement pourquoi elle doit être absolument et définitivement proscrite (2) et céder le pas à la vaccination de tube à bras.

(1) H. Gillet, *Gazette des maladies infantiles*, 5 janvier 1907, p. 1.
(2) H. Gillet, *Gazette des maladies infantiles*, 5 avril 1907.

3. — L'activité des Médecins scolaires de Berlin

par M. V.-H. Friedel
Directeur du Musée pédagogique

La Délégation scolaire de la Municipalité de Berlin vient de publier le rapport sur l'activité de ses 44 médecins scolaires pendant l'année 1906-1907. Ce corps spécial ne comptait que 36 membres l'année précédente. Ils font tous partie de l'Association libre des médecins scolaires que présidait jusqu'ici le professeur Hartmann. Ce spécialiste, à qui l'hygiène scolaire dans la capitale allemande doit tout, vient d'être appelé à la tête de la section de laryngologie, otologie et rhinologie de la fondation Wirchow. Berlin comptait en 1906-1907 227.750 écoliers dans les établissements de la ville. Chaque médecin avait à s'occuper en moyenne de 5.176 enfants (minimum 3.398, maximum 7.175). La rentrée avait amené 35.481 nouveaux élèves, c'est-à-dire 806 unités à examiner pour la première fois pour chaque médecin (maximum 1.402, minimum 326). De ce contingent nouveau 3.100 ont dû être ajournés (8,74 °/₀) et 9.169 de ceux qui ont été reçus (25,84 °/₀) ont dû être placés immédiatement sous surveillance. Pour insuffisance de force (anémie), 1.139 enfants ont été ajournés, 1.234 placés sous surveillance; pour rachitisme, 500 et 505 respectivement; pour scrofule, 158 et 478; pour tuberculose, 256 et 549; pour déformation de la colonne vertébrale, 70 ajournés et 763 pris en surveillance; enfin 331 ont été ajournés et 316 placés sous surveillance comme moindres valeurs intellectuelles. Ont été pris sous surveillance : 629 cardiaques, 1.170 cas d'affections naso-pharyngiennes, 773 cas de maladies d'oreille, 383 hernies, 985 maladies des yeux. Et la liste n'est pas close, ni des affections, ni du nombre d'enfants qui en sont atteints. Qui oserait encore nier la nécessité des

médecins scolaires et de l'examen médical approfondi? La surveillance médicale s'étendait, en 1906-1907, sur 36.374 enfants, à 12.149 de plus qu'en 1904, alors que le nombre total des écoliers n'est monté que de 4.433 (de 223.297 à 227.730). Cela prouve que les médecins s'exercent de plus en plus à dépister les maladies. D'autre part, les autorités scolaires ont provoqué 24.038 consultations, tantôt à l'école (2.243), tantôt au domicile du médecin (24.038), tantôt au domicile de l'écolier (185). C'est la collaboration croissante de l'école avec le médecin. Les classes « auxiliaires » ont reçu 554 enfants, les cours de bègues 489; des classes spéciales ont été créées pour les enfants dont l'ouïe a été jugée défectueuse; 30 ont passé dans des établissements d'idiots et 35 ont été rendus à leurs familles pour être instruits chez eux.

Notons aussi que les parents commencent de plus en plus à consulter le médecin scolaire de leur propre gré et à suivre ses conseils.

Naturellement les médecins scolaires ont fait chacun un rapport détaillé sur les défectuosités des locaux, la ventilation, le chauffage, l'éclairage, les cabinets, les bancs, etc. La municipalité en a tenu compte. Elle arrive de cette façon à perfectionner constamment ses écoles. Aussi l'année s'est-elle écoulée sans épidémie grave. On a pu insister sur l'usage des bains-douches, sur la lutte contre l'alcoolisme, et surtout sur la tuberculose. A ce dernier point de vue, les médecins ont constaté que les cas suscitent moins la prophylaxie que les soins immédiats; la plupart des cas étant héréditaires, l'histoire de la famille devient pour le médecin scolaire un moyen inestimable. Notons, enfin, que les médecins ont découvert trois cas de syphilis, deux de gonorrhée, une épidémie d'onanisme dans une école de filles, et un cas de rapports sexuels d'une fille de treize ans avec un parent,

et qu'ils ont pu intervenir, soit auprès des parents, soit auprès des tribunaux là où il y avait crime (1).

II. — Société des Médecins Inspecteurs des Ecoles de la Seine

Compte rendu de la Séance du 20 janvier 1908

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr DE PRADEL

Dr de Pradel. — Mes chers collègues, avant d'ouvrir cette séance, je tiens à vous remercier encore de la confiance que vous m'avez témoignée en me demandant de présider à vos travaux pendant l'année qui commence.

Je n'ai pas à vous faire de discours. Vous connaissez tous quels sont les desiderata des médecins inspecteurs des écoles, parce que tous ceux qui sont ici sont des habitués de nos séances et ont contribué à la reconstitution et à la prospérité, nouvelle et définitive, de notre société.

Mais il y a une constatation que je veux faire au commencement de cet exercice, une constatation des plus agréables : c'est que cette année s'annonce comme pleine de promesses pour les médecins inspecteurs des écoles.

En effet, deux événements importants se sont produits récemment qui contribueront, je l'espère, à nous faire marquer d'une pierre blanche l'année 1908 : tous les médecins des écoles ont reçu, ces jours derniers, un journal, une revue plutôt par sa forme et son aspect à la fois sérieux et aimable : *La Médecine Scolaire.*

Cette revue, qui s'occupera de tout ce qui peut intéresser l'hygiène et la santé des écoliers, servira, en même temps, de Bulletin officiel à notre Société, et sera le lien qui manquait entre ceux d'entre nous qui suivent assidûment nos séances et nos travaux et les collègues qui, pour des

(1) D'après le « Bericht über die Tatigkeit der Berliner Schularzte im Jhare 1906-1907, der stadtischen Schuldeputation erstatdt vom Schularzt, Sanitatsrat Dr Paul Meyer, Berlin, 1907 ».

raisons diverses, se tiennent éloignés de nos réunions. Elle intéressera également — nous l'espérons du moins — tous ceux qui, de près ou de loin, s'occupent d'hygiène ou de médecine scolaire. Elle est donc le complément logique, nécessaire, de notre groupement. Aussi ne saurions-nous trop féliciter celui qui a eu l'idée de sa création, celui d'entre nous qui en est le vrai père : j'ai nommé notre dévoué secrétaire général, le Dr Butte.

Avec la *Médecine Scolaire* comme porte-parole, la Société des médecins inspecteurs des écoles, si vigoureusement revivifiée par le zèle et le talent de mes deux prédécesseurs, Louis Gourichon et Doury, et par votre bonne volonté à tous, mes chers collègues, sort de l'adolescence pour entrer dans une période de maturité et de robustesse qui sera féconde, j'ose l'espérer!

Notre secrétaire général va, tout à l'heure, vous lire un résumé des travaux de la Commission que vous avez nommée pour élaborer un projet relatif au *recrutement des médecins inspecteurs des écoles par le concours*. Le travail de la Commission est terminé. Notre projet, si vous l'approuvez, va être porté à notre confrère le Dr Guibert, conseiller municipal, membre de la quatrième commission, qui va l'étudier et s'inspirera, nous en sommes persuadés, de nos idées et de nos revendications pour établir le rapport qu'il doit faire au Conseil municipal sur cette importante question.

Voilà, bien engagée, une action qui doit se terminer pour nous par une victoire. Si nous obtenons, pendant cet exercice, la nomination des médecins inspecteurs des écoles par le concours, nous n'aurons pas perdu notre année. En apportant au titre de médecin des écoles — dont nous sommes, déjà, justement fiers — une valeur et un relief incontestés, nous aurons fait œuvre utile pour tous. C'est la tâche que les membres de votre bureau et de votre conseil d'administration vont essayer de mener à bien. Notre volonté de réussir et la justesse de notre cause sont de sûrs garants du succès.

Le secrétaire général donne lecture du compte rendu de la dernière séance, publié dans *La Médecine Scolaire*.

Le procès-verbal, mis aux voix, est adopté.

M. le Dr de Pradel adresse des compliments à MM. Thouvenel et Pelisse.

Il adresse des félicitations au Dr Guinon, nommé chevalier de la Légion d'honneur, et au Dr Gagnière, nommé officier de l'Instruction publique.

Il adresse ses remerciements aux maîtres et aux confrères qui ont donné leur appui sans marchander au nouveau journal *La Médecine Scolaire*.

Nous devons des remerciements au Dr Méry, qui a bien voulu assumer la direction scientifique et qui a fait l'article inaugural.

Nos remerciements s'adressent également à tous les membres de notre comité de rédaction et en particulier à M. le Dr Mathieu, qui avait bien voulu jusqu'ici nous donner l'hospitalité dans son journal.

Avec de tels parrains, le journal ne pourra que prospérer.

M. le Dr Butte donne lecture des lettres d'excuses de MM. Méry, Mathieu et Doury.

Le Dr Meyer fait part de recherches sur les enfants anormaux, entreprises avec le concours de M. Binet, directeur du laboratoire de psychologie. Ces recherches feront l'objet d'un compte rendu devant la Société.

M. le Dr Butte donne lecture de différentes lettres concernant l'*Union fédérative des médecins de réserve et de l'Armée territoriale*, l'*Association des médecins de France;* la Maison des médecins (société pour la création et l'organisation d'une maison de retraite, de repos et de cure pour les médecins français). M. Butte insiste sur cette œuvre qui déjà rallie bien des suffrages.

La Société des médecins inspecteurs peut y adhérer en tant que Société.

La Société consultée donne son adhésion à la Maison du médecin et vote une somme annuelle de 12 francs, montant de sa cotisation.

L'ordre du jour de la séance appelle la discussion sur le projet de concours pour l'admission des médecins inspecteurs des écoles.

M. le Dr Butte, secrétaire général, lit ce projet qui sera publié ultérieurement.

M. le Dr Thouvenel demande si les candidats à l'inspection médicale des écoles devront appliquer les méthodes de dépistage de la tuberculose et en particulier celle de Grancher.

M. le Dr de Pradel insiste sur ce fait : les médecins inspecteurs des écoles n'ont pas à apprécier les méthodes de dépistage, mais ils doivent les connaître.

M. le Dr Butte indique avec beaucoup de développement quel sera le rôle du médecin inspecteur de l'avenir.

Le programme de la première partie du projet, mis aux voix, est adopté à l'unanimité moins une voix.

La discussion se continue par la lecture du rapport du Dr Yvon (conditions exigées pour le concours).

. . . .

M. le Dr Recht demande si l'admissibilité sera acquise.

M. le Dr Lévy critique l'obligation des 5 ans de pratique professionnelle.

Le rapport, mis aux voix, est adopté.

Il sera remis à M. le conseiller Guibert.

Communication du Dr Oguse. *L'œuvre de la préservation de l'enfance contre la tuberculose.*

Œuvre de la préservation de l'Enfance contre la Tuberculose

Dr Oguse. — Mes chers collègues, si j'attire aujourd'hui votre attention sur l'œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose, c'est que j'estime qu'il est de notre devoir de nous signaler réciproquement les grandes idées rencontrées au hasard de notre carrière, fertile, comme vous le savez, en surprises et en observations : vous entretenir de l'œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose, c'est soumettre à votre approbation certaine une œuvre dont vous deviendrez les collaborateurs actifs et dévoués, et le regretté professeur Grancher, fondateur de celle-ci, savait qu'il assurait à son idée une réalisation prospère, en faisant appel à la bonté inépuisable des médecins, des confrères des villes et des villages de France.

Sceptique moi-même en ce qui concerne l'efficacité de la philanthropie et de la charité dans la guérison de la misère, cette véritable maladie sociale que nous rencontrons sou-

vent, hélas, à l'origine de toutes les autres, c'est aux confrères sceptiques qui me diront : « Eh! quoi! encore une ligue, encore des coups d'épée dans l'eau, encore une activité stérile, propre à procurer quelque satisfaction à la vanité des acrobates de la bienfaisance », que je m'adresse avant tout.

Si jusqu'ici la lutte contre la tuberculose n'a pas donné des résultats en proportion avec l'élan provoqué et les efforts tentés, si sanatoria populaires, dispensaires antituberculeux fondés avec des intentions louables et honnêtes (malheureusement il y en a qui ne sont que de louches entreprises commerciales), n'ont pas réalisé les espérances et les prévisions conçues, c'est que cette terrible maladie tient à des racines autrement multiples et profondes que cela ne paraît à première vue. Elle tient à l'édifice social tout entier, tel qu'il a été construit par nos contemporains, elle tient au partage inégal du surmenage et de l'oisiveté, à la répartition injuste des excès et des privations. Faut-il invoquer l'autorité du professeur Brouardel, qui affirmait au Congrès antituberculeux de Londres, à la fin du siècle dernier, que la tuberculose est un mal de misère? Faut-il, à la faveur de l'évidence même, vous dire que la charité, la bienfaisance n'ont pas jusqu'ici remédié à la misère elle-même? Comment alors pourraient-elles déraciner le mal, engendré par celle-ci?

Si l'attente d'une réorganisation complète des conditions du travail, de la suppression absolue de l'oisiveté et du surmenage est une chimère, elle est en tout cas dictée, sans haine et sans animosité, par la foi ardente et par l'espérance inébranlable en un avenir, toujours meilleur, d'une humanité toujours plus parfaite.

Et puisque je viens de faire des digressions, permettez-moi d'en faire encore une, et celle-là sera la dernière. Des confrères, et non des moindres, ont soulevé récemment une tempête autour de la question du libre choix du médecin par l'indigent. Ils se sont émus à l'idée que l'indigent ne pouvait recourir qu'aux médecins désignés par l'administration, à l'exclusion de tous les autres confrères! Ainsi on protestait contre l'exercice incomplet du droit de l'indigence; mais l'indigence elle-même, qu'en doit-on penser? Le

premier droit de l'indigent n'est-il pas celui de ne plus l'être? Si vous admettez, si vous justifiez l'existence de l'indigence avec tout son cortège ordinaire des maux satellites, l'indigent malade ne peut pas choisir librement son médecin, pas plus que le médecin indigent ne peut librement choisir son malade. L'un et l'autre, malade et médecin, subissent la dure loi, mais la loi faite à l'indigent. Ou peut-être sentez-vous bien que l'indigence, que la misère ne sont pas du tout dans l'ordre naturel des choses, comme par exemple la pesanteur, et alors, cherchons ensemble le moyen de supprimer cette honte de la civilisation et, en attendant, faisons chacun de notre mieux, et rappelons-nous surtout que les querelles mesquines et ridicules ne peuvent que retarder l'avènement d'une société meilleure. C'est vous dire, mes chers collègues, que la misère comporte, à mon avis, un seul remède efficace: la suppression radicale; que la philanthropie, quelle qu'en soit l'extension, est impuissante à réaliser un progrès même relatif, et que notre scepticisme à cet égard est pleinement justifié. Cependant, dans la bagarre confuse de la vie pénible, dans la lutte incessante pour l'existence cruelle, nous ne pouvons pas toujours garder l'attitude de l'indifférence sereine, et regarder, en témoins impassibles, ou en fatalistes pensifs, le Jardin des Supplices qui s'étend devant nous à perte de vue. Il faut quelquefois intervenir et, par un acte salutaire et raisonné, sauver du naufrage ceux qui luttent encore avant ceux qui ont déjà succombé.

Aussi est-ce avec un véritable plaisir que j'ai appris que le professeur Grancher a conçu l'idée, non pas de construire des palais somptueux ou des châteaux en Espagne pour la guérison de la tuberculose, mais celle, beaucoup plus ingénieuse et bien plus pratique, de soustraire à la contagion de leurs parents tuberculeux les enfants encore sains. On discute toujours, et l'on discutera longtemps encore, sans doute, pour savoir si la tuberculose infantile est acquise ou héréditaire; mais nous voyons, n'est-il pas vrai, tous les jours des enfants bien portants avoir des parents certainement tuberculeux et vivre près d'eux. L'idée du regretté professeur Grancher est donc intéressante à ce double point de vue :

d'abord elle s'adresse à des enfants, à des êtres naturellement faibles vers qui, à juste titre, va toujours toute notre sollicitude et toute notre tendresse, et ensuite, il s'agit des enfants sains, bien portants, c'est-à-dire des êtres humains qu'on peut conserver à la société, si on les soustrait au milieu où ils sont exposés à une contagion presque certaine.

Mais je laisse la parole au professeur Grancher lui-même; voilà comment il s'exprime en parlant du but et du fonctionnement de son œuvre :

« Quand la tuberculose sévit dans un étroit logis et frappe le père ou la mère, la contagion des enfants est presque fatale, et j'ai pensé que le meilleur moyen de lutter contre la tuberculose était de lui enlever sa proie.

« Dans cette famille tuberculeuse, l'œuvre de la préservation prend les enfants encore sains, de 3 à 10 ans, et les place à la campagne, dans des familles de paysans également saines, où nos pupilles passeront toute leur vie scolaire jusqu'à 13 ans; plus même, car nous sommes certains que beaucoup resteront aux champs, et feront souche de paysans ou de paysannes.

« Les pupilles sont confiés à d'excellents médecins de campagne, qui choisissent les maisons de paysans, et soignent nos enfants gratuitement.

« Instituteurs et institutrices rivalisent de zèle en faveur de nos pupilles.

« Chaque enfant coûte à l'œuvre, tous frais compris, de 1 franc à 1 fr. 20 par jour, selon le placement.

« Cette sélection de la graine encore saine de la race humaine réalise la formule de Pasteur appliquée à la sériciculture.

« Formule idéalement simple et scientifique! Elle est, pour l'enfant, la meilleure que l'on puisse opposer à l'envahissement du fléau tuberculeux, car :

« Médicalement, elle donne une solution complète et radicale. Elle supprime, en effet, toutes les causes de la tuberculose; causes lointaines : le taudis et la misère des grandes villes qui préparent le terrain; cause immédiate : la contagion familiale.

« Socialement, l'enfant enlevé à la promiscuité d'un logis

infecté de tuberculose, et placé pour une longue période de sa vie dans une bonne maison, en plein air, avec une nourriture abondante, devient un être nouveau, physiquement et moralement. Il arrive, plein de vigueur, au seuil de l'adolescence et peut alors choisir entre la vie des champs ou le retour à la grande ville.

« D'après l'expérience acquise depuis quatre ans, la campagne sera le plus souvent préférée.

« Enfin, la préservation de ces enfants, condamnés presque tous à devenir tuberculeux, supprimera, pour l'avenir, autant de foyers de contagion, et diminuera progressivement le champ de la tuberculose. »

Vous m'en voudriez d'ajouter quoi que ce soit à cet exposé des motifs, clair, concis, et vrai. Le professeur Grancher a réalisé son idée, et l'œuvre fondée par lui a donné déjà, au bout de 4 ans, les résultats suivants que je trouve indiqués dans le compte rendu de l'Assemblée générale du 7 novembre 1907, par le dévoué secrétaire général, le docteur Armand Delille :

327 enfants, tous parisiens, sont placés par l'Œuvre. 2 enfants, ayant montré des aptitudes nécessaires, ont été placés, sous la tutelle de l'œuvre, à l'Ecole professionnelle de Brive ; sur 12 enfants, sortis de l'Œuvre pour limite d'âge, 8 sont restés à la campagne. La province a suivi cet exemple et, l'année dernière, l'œuvre avait les filiales suivantes : Lyon : 34 pupilles ; Marseille : 45 ; Bordeaux : 24 ; Toulouse : 9 ; Montpellier : 8 ; Rennes : 10 ; Tours : 20 ; Le Havre : 22 ; Lille : 6. Certaines d'entre elles n'ont pas deux ans d'existence et, de toutes parts, les fonds arrivent pour ramifier cette œuvre incontestablement belle, et qui vaut plus que tous les sanatoria superbes, par les résultats qu'elle ne peut manquer de donner à bref délai.

Il est indispensable que les médecins inspecteurs des écoles connaissent cette organisation, qui préserve réellement les enfants contre la tuberculose.

Vous pouvez ainsi, mes chers collègues, non seulement sauvegarder la santé des enfants, menacés par la tuberculose familiale, mais encore éviter l'entrée à l'école d'un enfant qui, plus tard, y apportera et y sèmera les bacilles

de son entourage ou les siens. D'autre part, je suis persuadé que vous voudrez bien participer à cette œuvre, l'élargir et l'étendre.

Comme conséquence de cette communication, la Société des médecins inspecteurs des écoles a décidé de demander aux caisses des écoles de Paris et de la Seine d'envoyer leur souscription à l'Œuvre : M. Sellier, 4, rue de Lille, Paris (VII).

L'ordre du jour appelle la discussion sur l'examen de la vision à l'école. M. le Dr *Butte* a reçu de notre collègue le Dr Chevallereau, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la réunion, un travail des plus intéressants, publié dans le Manuel général de l'Instruction primaire, sur l'examen des yeux des enfants dans les écoles.

En voici le résumé. Le Dr *Chevallereau* a examiné

202 enfants de 6 à 15 ans au point de vue de l'acuité visuelle..

α) A l'aide de l'échelle de Monoyer, employée dans l'armée, les chemins de fer, etc.

β) A la chambre noire avec ophtalmoscope et la règle optométrique.

Sur ces 202 élèves :

100 avaient les yeux normaux ;

102 plus ou moins défectueux; dont 17 : un œil normal, un mauvais; 85 : les deux yeux mauvais.

L'examen prend 10 minutes environ par élève, réclame un local approprié et la compétence d'un spécialiste.

« Avec le développement de la science et la division du travail, les Pic de la Mirandole et même les Rabelais sont devenus impossibles; le médecin le plus instruit sur les maladies du cerveau, du cœur ou des poumons peut être tout à fait ignorant des maladies oculaires et inversement.

« Il serait cependant possible de trouver un remède à cet état de choses, mais nous ne voulons pas empiéter sur les attributions de nos édiles et de l'administration. »

Note sur l'examen pédagogique de la vision dans une Circonscription médicale des écoles de la ville de Paris

Dr *Paul Raymond*. — Depuis 1892, époque à laquelle j'ai été chargé de l'inspection médicale des écoles du quartier

d'Auteuil, je me suis préoccupé chaque année, à la rentrée des classes, de la vision des enfants, recommandant aux maîtres de faire placer en situation convenable les enfants dont la vue paraissait défectueuse. Je ne pouvais donc qu'être séduit par l'application dans les écoles d'un procédé plus rigoureux que celui qui était basé, en somme, sur la déclaration de l'enfant, et j'ai étudié de près la méthode préconisée par M. Binet. Désirant me rendre compte par moi-même de la valeur du procédé, j'ai dirigé les premières opérations dans une école où l'intérêt que la directrice, Mlle Bourdin, prend des élèves, m'était un sûr garant qu'il serait appliqué dans les meilleures conditions possibles.

Dans les quatre écoles de ma circonscription nous nous sommes mis, bien entendu, dans les conditions précisées par M. Binet, et nous avons considéré comme anormaux les enfants qui ne pouvaient lire à 5 mètres au moins trois lettres de la dernière ligne du tableau optométrique.

	Examinés	Anormaux	Pourcentage
Ecole de filles rue La Fontaine.	217	28	12.9
Ecole de garçons rue de Musset.	339	54	15.9
Ecole de garçons rue Boileau.	250	42	16.8
Ecole de filles Av. de Versailles.	474	132	27.9

C'est de la première de ces écoles que je me suis personnellement occupé.

Un fait nous frappe tout d'abord : c'est la différence qui existe entre les résultats obtenus, différence allant du simple à plus du double. Qu'il me suffise de dire que l'examinateur est ici bien plus en cause que l'examiné. C'est là un reproche que l'on peut adresser à la méthode : suivant les classes et le soin qu'y apportera le maître, elle donnera des résultats qui ne seront pas comparables. Acceptons donc comme moyenne, celle à laquelle je suis arrivé dans l'école que j'ai examinée, soit 13 °/₀ d'anormaux. L'expérience m'a montré que ce chiffre était beaucoup trop fort, et nombre d'enfants ont été considérés comme anormaux à l'examen pédagogique qui ont été reconnus sains par un oculiste.

Examinons maintenant les résultats particuliers de l'école dont je me suis surtout occupé.

Sur 217 enfants examinées, nous avons trouvé, nous l'avons vu, 28 anormales. Sur ces 28 anormales, 15 nous étaient connues, soit qu'elles portassent déjà des lunettes, soit que leur mauvaise vision eût précédemment obligé les maîtresses à les rapprocher du tableau noir.

Reste donc 13 enfants dont personne (famille ou maîtresses) n'avait soupçonné la vision défectueuse et auxquelles, par conséquent, la méthode Binet a été vraiment utile, soit 6 °/₀ environ.

Sur ces mêmes 28 anormales, 6 ayant été autrefois examinées par un oculiste, l'attention des parents fut appelée sur les 22 autres, qui furent invitées à aller consulter un médecin spécialiste. Chose curieuse, et qui montre une fois de plus combien il est parfois difficile d'être utile à autrui, trois familles se refusèrent à faire examiner leur enfant.

Pour éviter des frais et des déplacements, je priai notre excellent confrère le Dr Péchin, médecin oculiste du dispensaire voisin Simon Lazard de vouloir bien examiner celles de ces jeunes filles qui me paraissaient le plus anormales et, avec une bonne grâce et un soin dont je ne saurais trop le remercier, il voulut bien en examiner 12. 6 myopies d'un œil ou des deux yeux, et 6 cas d'astigmatisme myopique ou hypermétropique furent ainsi dépistés, et les verres convenables furent indiqués. Pour ces enfants, encore une fois, la méthode Binet a été vraiment utile.

Dans quelques cas, le vice de réfraction était si minime que l'oculiste consulté n'a pas jugé à propos de faire porter des lunettes à l'enfant, d'une façon constante tout au moins.

Mon impression est donc que la méthode Binet est à recommander; qu'elle peut être utile pour dépister un certain nombre (plutôt minime) de troubles visuels qui échapperaient même à des personnes pvenues, mais aussi qu'elle est un peu trop sensible et qu'un certain nombre d'enfants qu'elle tendrait à faire considérer comme des anormaux de la vision sont, en somme, des enfants dont il n'y a pas à se

préoccuper. Il serait à désirer pour l'avenir de la méthode qu'elle fût simplifiée.

M. le Dr Gagnière préconise l'emploi de la carte fenêtrée, par l'examen de la vision.

M. le Dr Gillet explique que les hypermétropes sont oubliés dans la méthode de Binet.

La séance est levée à 11 h. 40.

Le Secrétaire Général,
Dr L. Butte.

Le Secrétaire,
Dr Meyer.

III. — Correspondance

A la suite de l'envoi de renseignements sur l'inspection médicale des écoles en France, par le Dr H. Gourichon au Dr de Geyens (de Huy, Belgique), ce dernier a adressé à notre collègue la lettre suivante.

Huy, le 7 décembre 1907.

Honoré Confrère,

Je vous remercie vivement pour les intéressants documents que vous m'avez fait parvenir. Je vous renvoie par le même courrier le rapport du Dr Cornet, que j'ai lu avec un vif intérêt. J'y joins un exemplaire du livret scolaire de santé en usage dans les écoles de Huy depuis l'an dernier.

Je voudrais que cette appréciation sur « l'organisation supérieure de l'inspection hygiénique des écoles en Belgique » soit une réalité. Il n'en est malheureusement rien. Il n'y a que quelques villes, telles que Bruxelles, Anvers, Schoerbech, Huy, etc., qui aient un service bien organisé dans leurs écoles communales. A Huy, nous sommes deux médecins, qui avons chacun 500 enfants soumis à notre inspection. — Les pouvoirs publics sont très parcimonieux au point de vue honoraires; c'est ainsi qu'à Huy nous n'avons chacun qu'un traitement annuel de 350 francs.

Nous faisons deux visites par mois au minimum. On ne nomme pas au concours.

Depuis la création de la fiche sanitaire, notre besogne a augmenté considérablement sans que les honoraires aient été relevés.

Dans la grande majorité des communes, il n'y a aucune inspection hygiénique des écoles. Le gouvernement s'en désintéresse absolument... Je regrette de ne pouvoir vous donner plus de renseignements au sujet de l'inspection hygiénique dans le pays. Il y a encore beaucoup à faire dans ce domaine.

Recevez, etc.,

D^r DE GEYENS.

IV. — Bibliographie

Alimentation et Hygiène des enfants, par J. COMBY, médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades. — Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine. — Un vol. in-12, de 532 pages, avec 24 figures, 3e édition, 5 francs.

Dans cette 3e édition, remaniée et amplifiée, l'auteur a voulu mettre à la portée de tous (médecins et non médecins), les acquisitions scientifiques les plus récentes de la pédiatrie.

Les médecins inspecteurs des écoles liront avec intérêt tout ce qui a trait à l'hygiène des écoles (choix du terrain, matériaux de construction); l'éclairage des classes, les dépendances, le mobilier scolaire, les tables-bancs, les tableaux pour cartes géographiques, les poêles, les fourneaux, les tables et les bancs pour le repas, les lavabos, sont l'objet d'un sous-chapitre intéressant et documenté; à lire aussi ce qui concerne le fonctionnement des écoles; là sont traitées les questions du nettoyage, des travaux intellectuels, des exercices physiques (jeux, récréations).

Dans le chapitre des maladies scolaires, où tout ce qui embrasse la prophylaxie de ces affections est mis au point, l'auteur insiste sur les deux véritables maladies scolaires, qui sont plutôt des infirmités, la myopie et les déviations rachitiques, celles-ci dérivant souvent de celle-là.

La question des épidémies y est développée comme il convient.

Ce chapitre est suivi des *Instructions à remettre par les instituteurs aux familles des écoliers atteints de maladies épidémiques et contagieuses.*

Enfin, après un mot sur l'inspection hygiénique et médicale des écoles, l'éducation est l'objet d'un paragraphe spécial, ce dont nous ne saurions trop féliciter et remercier l'auteur.

Tout le reste de cet ouvrage est à lire; nous nous sommes bornés à citer ce qui nous intéresse plus spécialement; c'est là un opuscule à conserver en bonne place dans la bibliothèque d'un médecin scolaire; et qui sera utile aussi aux mères de famille et aux médecins praticiens.

D[r] G. Gagnière.

Notions d'Hygiène médicale, par le D[r] J. Masbrenier, avec illustr. (xii-248 p.), in-16, 2 francs. E. Cornély et C[ie].

Recherche et classement des anormaux, par le D[r] Courgey (In *Internationales Archiv. für Schulhygiene*). Leipzig, Wilhem Engelmann, 1908.

AVIS. — I. — A la suite de la réception d'une lettre de M. le Préfet de la Seine prescrivant aux médecins inspecteurs des écoles de faire des visites bi-hebdomadaires le matin à l'ouverture des classes dans chacune des écoles de leur circonscription, le Bureau de la Société a organisé une réunion le 28 mars dernier qui a décidé d'envoyer une délégation au Préfet. Cette délégation a été reçue le jeudi 2 avril. Il sera rendu compte de cette réception à la séance du jeudi 30 avril.

II. — Quelques-uns de nos collègues ont pensé que la campagne menée par la Société en faveur du recrutement des médecins inspecteurs par le Concours pourrait avoir un effet rétroactif. Il n'en est rien, les situations acquises seront, bien entendu, conservées. Le Concours ne s'appliquera qu'aux futurs médecins inspecteurs.

Le Gérant : Paul Rousseau.

Paris. — Imprimerie Levé, rue Cassette 17 — S

Librairie **CH. DELAGRAVE**, 15, Rue Soufflot, Paris.

COLLECTION D'HYGIÈNE PRATIQUE ET FAMILIALE

L'Hygiène du Cardiaque

Par le Dr **FIESSINGER**, Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Préface du Dr **H. HUCHARD**, Membre de l'Académie de Médecine.
Un vol. Br., **1 fr. 50** ; relié peltine................................ **2** fr. 50

L'Hygiène de la Peau et du Cuir chevelu

Par le Dr **BODIN**, Professeur à l'École de Médecine de Rennes.
Un vol. **1 fr. 50** ; relié peltine .... **2** fr. 50

Rédigés par des praticiens de compétence indiscutée, ces petits ouvrages se recommandent par leur aspect élégant et leur prix modique aux personnes qui ont à veiller sur la santé des autres ou encore à celles que quelque symptôme inexpliqué préoccupe ; ils ne prétendent d'ailleurs, en aucune façon, au rôle néfaste de remplacer le médecin; ils visent au contraire, à rendre plus efficace l'action de ce dernier et à prolonger en quelque sorte son *action bienfaisante*.

La collection dans son ensemble comprendra une vingtaine de volumes.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Tome I. — N° 3. Juin 1908.

LA MÉDECINE SCOLAIRE

BULLETIN MENSUEL DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES

Directeur scientifique :

Dr MÉRY,

Professeur agrégé à la Faculté, Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Médecin du Collège Chaptal.

Comité de Rédaction :

Dr Hutinel, professeur de clinique des maladies des enfants, membre de l'Académie de médecine. — Dr Boulloche, médecin de l'Hôpital Bretonneau. — Dr Calmette (de Lille). — Dr Caussade, médecin des hôpitaux. — Dr Grisel, ancien chef de clinique chirurgicale infantile à la Faculté. — Dr Louis Guinon, médecin de l'Hôpital Bretonneau. — Dr Jullien, professeur agrégé, chirurgien de Saint-Lazare. — Dr Le Gendre, médecin de l'Hôpital Lariboisière. — Dr Le Noir, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine. — Dr Mathieu, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine. — Dr Mosny, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine. — Dr Netter, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'Hôpital Trousseau, membre de l'Académie de médecine. — Dr Rénon, professeur agrégé à la Faculté, médecin de la Pitié. — Dr Sigalas, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Dr Triboulet, médecin de l'Hôpital Trousseau.

Rédacteur en Chef : Dr L. BUTTE,
Secrétaire général de la Société des médecins inspecteurs des Écoles, 40, rue St-Placide. Tél. 731.16

Secrétaire de la Rédaction : Dr GAGNIÈRE,
Secrétaire de la Société des médecins inspecteurs des Écoles, 12, avenue Hoche, Thiais. Tél. 30

Comité de Publication :

Drs Dufestel, H. Gillet, De Pradel, Stackler, Vauthier, médecins inspecteurs des Écoles.



PARIS
LIBRAIRIE CH. DELAGRAVE
15, RUE SOUFFLOT, 15

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

Dr CHAILLOU, ancien interne des Hôpitaux.

Dr COURGEY (d'Ivry), délégué cantonal.

Dr DINET, Secrétaire gén.-adj. de la Ligue d'hygiène scolaire.

Dr PLEY, chef des travaux optiques à l'Hôtel-Dieu.

Dr César ROUX, médecin inspecteur des Écoles à Nice.

Tome I. — N° 3. 10 juin 1908.

LA MÉDECINE SCOLAIRE

CONVOCATION

Actes de la Société
des Médecins Inspecteurs
des Ecoles de la Seine

M

Les Membres de la Société sont instamment priés d'assister à la Réunion de la Société qui se tiendra le **Jeudi 25 Juin 1908**, à 8 heures 1/2 du soir, à la Mairie du IVe arrondissement (Salle des Cours B).

ORDRE DU JOUR :

Sur les causes de la durée anormale de l'épidémie de rougeole et de scarlatine à Paris et dans le département de la Seine et l'indication de quelques moyens destinés à y remédier (Dr GAGNIÈRE).
Vaccination.
Congrès d'hygiène scolaire.

SOMMAIRE

I. *Travaux Originaux.* — 1. Horaire dans les collèges et lycées (Dr A. Chaillou). — 2. L'examen des yeux chez les écoliers (Dr V. Caudron). — 3. Cantines scolaires (Dr Courgey). — II. *Compte rendu de la Séance du 30 avril 1908 (Société des Médecins Inspecteurs des Ecoles).* — III. *Informations.* — IV. — *Bibliographie.*

I. — Travaux Originaux

I. — De l'Horaire dans les Collèges et Lycées

par le Dr A. CHAILLOU, de l'Institut Pasteur
Ancien interne des hôpitaux de Paris

L'horaire dans les collèges et lycées a été réglé à peu près exclusivement par les pédagogues. Ceux-ci s'inspirant des besoins du moment, des leçons, plus

ou moins bien comprises du passé, et aussi de leurs sentiments personnels, ont adopté un certain nombre de matières avec lesquelles ils ont constitué les programmes officiels.

Ce sont ces matières divisées soigneusement en tranches, en leçons, que de jeunes cerveaux sont obligés d'absorber à heures fixes et dans un temps donné. Aussi était-il facile de prévoir, *a priori*, combien illogique et néfaste est l'horaire des classes, études, repas et temps de repos, adopté dans la plupart des collèges et lycées.

Mais, d'autre part, comment assurer un bon fonctionnement de ces jeunes organismes; quelles conditions semblent exigibles pour obtenir un rendement utile au point de vue travail? En fait, ces questions relèvent du biologiste, du médecin et non du pédagogue. C'est ce que l'on commence à comprendre et le dernier programme des cours de l'Ecole des Hautes Etudes Sociales comporte quatorze conférences faites par des médecins des hôpitaux et des confrères renommés, conférences qui ont le titre générique bien significatif de médecine et pédagogie.

Comme tout semble le faire croire, nous pouvons espérer que les divers conférenciers prendront pour base de leurs leçons ce principe nouveau : *l'enseignement doit être fait pour l'élève et non l'élève pour l'enseignement, et rationnellement la connaissance biologique de l'enfant doit présider nécessairement à l'élaboration des programmes.*

Or cette connaissance biologique de l'élève ne doit pas porter uniquement sur le cerveau, mais sur l'organisme tout entier dont toutes les parties sont synergiques et par conséquent inséparables.

Le premier principe d'éducation et d'instruction d'un enfant est de mettre celui-ci dans des conditions telles

que son organisme tout entier, avec tous ses appareils, puisse se développer librement.

Ce n'est que les conditions du milieu favorable réalisées, qu'il sera logique d'élaborer un programme et de régler son application.

Les matières à enseigner sont au cerveau ce que l'aliment est à l'appareil digestif, un excitant physiologique nécessaire à son développement et à son bon fonctionnement.

Malheureusement ou heureusement, la vie se manifeste à nous avec des variétés si innombrables qu'on peut affirmer que jamais deux organismes ne sont complètement semblables. Nous devrions donc avoir autant de systèmes d'éducation que d'enfants à instruire.

En effet, ces idées sont mises en pratique dans certaines familles, très rares il est vrai, où le chef dirige lui-même l'éducation de ses enfants. Ce système pédagogique donne en général des résultats incontestablement supérieurs à tout autre, bien qu'il ne soit en fait qu'une exception, dans les conditions sociales où nous vivons; mais sa supériorité relative permet d'affirmer que les agglomérations scolaires donneront, toutes choses égales d'ailleurs, des résultats d'autant plus mauvais qu'elles seront plus nombreuses.

Heureusement, les cellules des organismes jeunes possèdent une grande élasticité, c'est-à-dire une grande faculté d'adaptation aux différents milieux où elles se trouvent, même si ces milieux ne leur conviennent pas parfaitement. Aussi peut-on appliquer un règlement de vie à une collectivité de jeunes gens, alors qu'il devient impossible d'appliquer ce règlement plus tard, lorsque, les sujets ayant vieilli, l'élasticité cellulaire diminue et interdit de continuer à vivre, à évoluer dans une voie qui, même défectueuse, aurait pu être suivie auparavant.

Quoi qu'il en soit, la première condition nécessaire au développement physique et intellectuel d'une collectivité est une sélection rigoureuse.

Cette sélection, dans les maisons d'éducation, se fait à l'aide des notes données par les professeurs. Elle est donc irrationnelle, puisqu'elle ne tient compte que d'un appareil, du rendement cérébral pendant les années précédentes.

Autrement valable, parce que biologique, serait une sélection ayant pour base la réactivité cellulaire, c'est-à-dire les qualités et le mode réactionnel de l'organisme tout entier.

Elle grouperait dans les centres urbains les enfants précoces capables d'efforts violents, mais courts, ayant besoin d'excitations multiples et incessamment renouvelées. Or ces excitations ne peuvent être réalisées que par des sorties fréquentes au dehors, dans le monde, la famille.

A la campagne seraient envoyés les enfants aux réactions plus lentes, ayant besoin de calme, capables en général d'un effort plus soutenu, mais ayant aussi des exigences musculaires plus impérieuses: jeux violents prolongés et au grand air.

Au loin, dans les climats plus chauds, seraient réunis les organismes qui ne vivent bien que dans une atmosphère claire, lumineuse, devant des horizons lointains, entourés d'une nature aux tons vifs, au coloris éclatant.

Il est facile de se représenter combien un organisme adapté parfaitement pour un de ces trois milieux si différents, se développera bien s'il se trouve dans celui qui lui convient, et, par contre, combien il languira et s'étiolera dans les deux autres sans pouvoir fournir un travail utile.

Il n'est pas de médecin, ni de maître qui ne puisse fournir de nombreux exemples à l'appui de cette thèse.

Tel enfant, véritable « *cancre* » dans un collège, devient un élève passable et parfois bon dans un autre établissement scolaire.

Cherchez la raison de cette transformation, vous la trouverez presque toujours dans le changement du milieu ambiant qui ne convenait pas dans le premier cas.

Cette interprétation pourra être discutée, on attribuera plus facilement la transformation de l'élève au changement de maîtres; c'est vrai dans quelques cas, mais je persiste à croire que, dans beaucoup d'autres, c'est surtout le changement du milieu physique ou atmosphérique qui a fait merveille.

Malgré la sélection la plus rigoureuse, et devant l'impossibilité de réunir des organismes absolument semblables, un règlement de vie, un horaire devra être assez large, élastique pour répondre constamment aux besoins de la majorité. Comme ces besoins sont incessamment changeants, cet horaire sera modifiable facilement, dans ses détails tout au moins.

Un premier point à établir est le temps de repos indispensable à la santé, au bon fonctionnement physiologique de chaque individu. Ce temps est très variable, d'où la nécessité dans un collège de faire des levers et des couchers successifs par groupes et de ne pas imposer à tous les élèves la même heure pour le réveil et le coucher du soir (1).

Pour certains il est nécessaire même de transformer la récréation du milieu du jour en un véritable repos.

Celui-ci assuré à tous, à quels moments de la journée peut-on exiger le plus grand effort cérébral, pour

(1) Toutes ces réformes ne sont pas des utopies; elles ont été presque toutes réalisées dans un établissement scolaire dont je suis le médecin. La direction, au début, ne voyait peut-être pas d'un très bon œil ces levers échelonnés, qui compliquaient le règlement ; néanmoins elle s'inclina rapidement devant les résultats obtenus, et depuis n'a eu qu'à s'en féliciter.

avoir le meilleur rendement? La réponse à cette question indiquera les heures de classes.

Or il faut toujours un certain temps au réveil avant la mise en train de l'organisme : souvent même celui-ci ne se ressaisit bien qu'après le petit déjeuner. Ce premier repas, copieux, abondant et solide, devra donc être aussi rapproché que possible du lever. Que nous sommes loin du déjeuner classique, si mauvais, et comportant le café au lait donné deux à trois heures après le lever!

En tenant compte de toutes ces nécessités voici comment nous comprenons l'organisation de la matinée :

Levers échelonnés à 5 heures, 6 heures et 7 heures : avec une demi-heure au moins pour la toilette et faculté pour tous les élèves de prendre une douche avant le petit déjeuner qui, à 7 heures et demie sera suivi d'une récréation ou temps de repos jusqu'à 8 heures.

Cette première partie de la matinée laissera donc à tous une demi-heure de récréation, temps suffisant pour la toilette et les douches.

Viendrait ensuite une *étude* de deux à cinq quarts d'heure avant le premier repas de la journée pour les élèves les mieux doués, capables d'un travail effectif peu de temps après le réveil. Pour les autres qui ne font que somnoler à l'étude à cause d'un réveil prématuré, il vaut infiniment mieux les laisser au dortoir, le travail du reste de la journée y gagnera.

A partir de 8 heures, tous les esprits doivent être suffisamment en train pour qu'on puisse leur demander un véritable effort.

A 8 heures, 9 heures, et 10 heures, doivent s'échelonner trois classes successives. Les matières les plus ardues seront traitées au début à 8 heures; celles qui demandent le moindre effort cérébral à 10 heures; à ce

moment, en effet, beaucoup de cerveaux commencent à sentir déjà la fatigue.

Ces classes, sauf exception, n'ont qu'une durée de quarante-cinq à cinquante minutes, et sont suivies de dix à quinze minutes de repos, de façon qu'au début de chaque leçon le cerveau soit toujours frais et dispos.

D'après les pédagogues, une seule matière, les mathématiques spéciales exigent des leçons de plus d'une heure. Or ces mathématiques ne sont étudiées que dans les programmes de Polytechnique, Centrale et de quelques autres écoles supérieures; par conséquent jusqu'à 18 ou 19 ans, âge auquel on prépare ces écoles, il n'y a aucune raison de faire des classes d'une heure.

D'ailleurs trois quarts d'heure d'attention soutenue valent mieux qu'une heure d'attention distraite.

A 9 heures 3/4 ou 10 heures 3/4, quelques élèves se trouveront bien d'un petit goûter sec : pain et chocolat sec, par exemple.

Le reste de la matinée, de 11 heures à midi, sera une étude où chacun utilisera pour le mieux l'élasticité cérébrale laissée disponible par les trois classes précédentes.

C'est pendant cette heure que devront être pratiqués les sports violents exigés dans les programmes officiels : équitation, escrime, gymnastique, etc...

A midi, grand déjeuner de trois quarts d'heure; il sera copieux, varié, formé de légumes, viandes rôties et desserts.

Après ce déjeuner, récréation ou plutôt repos nécessaire à l'estomac après un repas copieux.

Il est tout à fait antiphysiologique d'organiser à cette heure, comme on le fait généralement, des jeux violents et généraux pour tous les élèves d'une division.

Après ce repas principal comme après le réveil du matin, l'organisme se ressaisit plus ou moins vite : rapidement chez les uns, plus lentement chez les autres.

A une collectivité d'élèves assez nombreuse, il est irrationnel, à notre avis, de demander un effort cérébral énergique, avant 3 heures de l'après-midi. Donc de 1 heure 1/2 à 3 heures, ou études, ou enseignement de matières faciles, dessin, travaux pratiques, histoire, etc... A 3 heures et 4 heures, classes où seront enseignées les matières les plus difficiles comme à 8 heures et 9 heures du matin ; classe toujours de moins d'une heure de durée.

De 4 heures 3/4 à 5 heures 1/2 récréation, goûter obligatoire pour tous, avec thé chaud en hiver.

C'est à ce moment et non après le repas de midi que doivent être pratiqués les jeux violents, l'entraînement à l'athlétisme ou aux sports pour ceux toutefois qui en sont capables.

De 5 heures 1/2 à 7 heures 1/2 étude où chacun donnera l'effort qu'il est susceptible de donner à la fin d'une journée de travail bien remplie.

A 7 heures 1/2 ou 8 heures au plus tard, repas du soir, moins abondant qu'à midi, composé de soupe, légumes, fromage, dessert (sans viande).

A la fin de la journée, le tube digestif, comme le cerveau, est dans une sorte de torpeur physiologique, et les excitants violents comme la viande ne lui valent rien, dans la plupart des cas.

Le travail après le repas léger du soir, ne sera permis qu'à des sujets d'élite, à de rares intervalles, ou encore à certains élèves qui ne se mettent en train que péniblement dans la matinée, et ne se retrouvent eux-mêmes qu'à la fin de la journée.

Mais déjà ces cas exceptionnels frisent la maladie, et une sélection bien comprise les aura éliminés de la collectivité.

De même certains autres ne sont plus capables d'un travail de deux heures à la fin de la journée; il y a intérêt

pour eux à terminer l'étude à 7 heures, et à les envoyer au dortoir après le repas léger du soir.

Bien que nous ayons essayé autant que possible de respecter les habitudes actuelles, nous voyons dans cet horaire quelques principes nouveaux, qui tiennent compte des qualités biologiques de l'enfant et de l'adolescent :

1° Sommeil aussi prolongé qu'il est nécessaire à tous sans exception.

2° Quatre repas à 7 heures 1/2, midi, 4 heures 3/4 et 7 heures 3/4 : le premier solide et copieux, le dernier semi-solide, végétarien, avec goûter facultatif à 9 heures ou 10 heures du matin.

3° Un repos plus qu'une récréation après le repas de midi.

4° L'effort cérébral le plus intense est demandé de 8 heures à 10 heures du matin et de 3 heures à 5 heures du soir.

Cet horaire vise à exiger des efforts cérébraux intenses, mais courts et toujours suivis d'un petit repos.

5° Effort musculaire à la fin de la matinée et de l'après-midi, à 11 heures et à 5 heures.

Tous ces désidérata, tiennent compte de la réactivité cellulaire de l'enfant, qui est vive, mais aussi s'épuise facilement, si l'on ne lui donne le temps de se ressaisir par de petits repos fréquemment renouvelés (1).

---

2. — L'Examen des yeux chez les écoliers

par le Dr Virgile Caudron
Médecin Inspecteur des Ecoles

J'ai suivi avec la plus grande attention la lecture des

(1) Nous croyons que les données générales de ce règlement sont applicables à tous les établissements scolaires : nous avons eu plus particulièrement en vue les jeunes gens de quatorze à vingt ans, ceux dont nous nous occupons spécialement.

mémoires savamment documentés qui nous ont été présentés par nos collègues.

J'admire, sans réserves, l'ampleur et la belle ordonnance de ces travaux; mais il peut paraître excessif d'englober toutes les spécialités dans le programme qui doit servir de base au concours des futurs médecins inspecteurs. Le développement scientifique de chacune d'elles est aujourd'hui tel que nous ne pouvons généralement disposer du temps nécessaire pour les connaître toutes et surtout pour appliquer ces connaissances de façon utile.

D'autre part si le médecin-inspecteur des écoles doit seul et par ses seuls moyens pratiquer l'examen complet des écoliers, y compris les organes des sens, combien d'heures devra-t-il consacrer chaque semaine au service médical scolaire ?

Contrairement aux idées exprimées, j'estime que la spécialisation des services serait plus pratique que le cumul.

L'expérience faite avec plein succès dans les 3[e] et 15[e] arrondissements de Paris et développée si magistralement à Montpellier par notre collègue le Professeur Truc a démontré la valeur de cette méthode.

Si les médecins inspecteurs doivent être chargés de l'examen des yeux je crois que leur rôle ne doit pas se borner à enregistrer les résultats des opto-types, telle qu'elle a été récemment préconisée.

Dans l'hypothèse d'une inspection générale quelles sont les connaissances ophtalmologiques indispensables au médecin inspecteur ?

« L'éclairage des locaux scolaires par la lumière du jour et la lumière artificielle; l'orientation des fenêtres, leur hauteur, leurs dimensions par rapport à la surface des classes, le mode d'éclairage artificiel, le nombre des lampes, leur disposition.

« Le mobilier scolaire, tables et bancs, dont la forme, la hauteur, les dimensions, doivent être proportionnées à la taille des enfants.

« Les tableaux destinés aux démonstrations du professeur, l'impression des livres, la couleur du papier, les modes d'écriture, la tenue des élèves (surveillée par le Maître). »

L'examen de l'acuité visuelle, pratiqué à la rentrée d'octobre, devra servir de base à une première sélection des écoliers et permettre d'attribuer aux anormaux de la vision les meilleures places au point de vue de l'éclairage et des démonstrations au tableau.

L'examen des deux yeux avec les opto-types doit être fait séparément.

Les anormaux ou les normaux d'apparence, mais se plaignant de gêne habituelle ou de fatigue des yeux, seront l'objet d'un second examen qui permettra de cataloguer les imperfections de leur appareil optique et d'y apporter les améliorations les plus rationnelles. Les parents, dûment avertis, pourront d'ailleurs s'adresser au spécialiste de leur choix ou au dispensaire scolaire pour le traitement.

Pour pratiquer utilement et rapidement ces premiers examens, pour en tirer les déductions rationnelles, le médecin devra connaître l'optique physiologique, la réfraction, l'usage du miroir plan et de la skiascopie, le jeu de l'accommodation, la vision binoculaire et le strabisme.

L'examen par les opto-types, chez les sujets jeunes, comme les écoliers, fournirait souvent des indications trompeuses s'il n'était contrôlé par d'autres méthodes, telles l'examen au miroir plan et la skiascopie.

A côté de la myopie dont le degré réel devra être mensuré au miroir, les hypermétropes, les astigmates, les anisométropes demandent un examen qui nécessite

souvent vingt et trente minutes pour un seul élève. C'est dire que la tâche, si simple d'apparence, est ardue, et d'une durée très longue, si l'on songe que le nombre des anormaux de la vision dépasse 25 %.

L'examen de chaque œil à part s'impose en raison des différences très fréquentes d'acuité visuelle et de réfraction dans les deux yeux.

Trois cas peuvent se présenter.

Les deux yeux quoique différents au point de vue de la réfraction, concourent ensemble à la vision.

Il y a vision binoculaire simple.

Les deux yeux ne regardent jamais ensemble mais, selon les circonstances, l'enfant se sert tantôt d'un œil tantôt de l'autre.

Un des deux yeux est exclu d'une façon permanente de la vision.

Amblyopie ou anopsie.

Etude du strabisme. Influence du strabisme sur la vision chez les myopes, chez les hypermétropes, chez les astigmates.

Chez les écoliers dont les yeux et l'acuité visuelle sont d'apparence normale le dérèglement de l'accommodation provoque de la part des enfants des plaintes motivées et fausse la réfraction.

Il convient de déceler l'asthénopie accommodative, le spasme de l'accommodation, l'insuffisance des droits internes, le spasme des muscles de l'œil, le nystagmus.

L'étude du sens des couleurs et du daltonisme s'impose.

L'optique constitue donc la première partie du programme et de beaucoup la plus importante; son rôle, presque totalement méconnu et négligé autrefois, même par les spécialistes, est devenu prépondérant.

Quant à la pathologie oculaire, je pense que le rôle

du médecin inspecteur peut-être grandement simplifié, l'école ne devant pas être transformée en clinique.

Le médecin devra rechercher les affections conjonctivales dont quelques-unes, en particulier les blépharites, et les kérato-conjonctivites, peuvent être provoquées et entretenues sur un terrain favorable par des vices de réfraction; la conjonctivite avec sécrétion, la conjonctivite granuleuse, la conjonctivite pseudo-membraneuse et diphtéritique dont la contagiosité peut nécessiter l'éloignement des enfants de l'école.

L'impetigo des paupières qui se relie d'une façon étroite aux manifestations du même ordre du côté du nez; l'hypertrophie du corps papillaire, qui peut être l'origine de certains tics des paupières et de la face, chez des prédisposés nerveux.

Les kératites, surtout les kératites phlycténulaires si fréquentes au cours de l'enfance, les ulcères de la cornée, la kératite parenchymateuse.

Les malformations des paupières, le distichiasis et le trichiasis, les parasites des cils.

Enfin les affections des voies lacrymales.

Même limité à ces différents examens, le champ d'action du médecin inspecteur sera suffisamment vaste.

Pour utiliser ses loisirs problématiques on pourra lui confier l'enseignement et la vulgarisation de l'hygiène, ignorée du plus grand nombre et encore mal appliquée à l'aurore du vingtième siècle.

---

3. — Cantines scolaires

par le Dr Courgey

La question des cantines scolaires est complexe et comporte plusieurs chapitres à développer.

Nous nous proposons de la résumer en l'envisageant au point de vue de son utilité hygiénique — au point de

vue administratif, qui comprend son organisation, la surveillance des enfants, la composition des aliments, leur qualité, leur contrôle — et enfin nous examinerons le point de vue moral, c'est-à-dire les résultats qu'il est possible d'en tirer au sujet de l'éducation des enfants.

L'utilité des cantines scolaires est incontestable, et c'est pourquoi on a songé depuis longtemps à les établir.

Victor Duruy, vers 1868, recommandait aux préfets d'améliorer les conditions hygiéniques dans lesquelles sont élevés les jeunes enfants, et recommandait dans ce but de pourvoir à l'insuffisance de leur alimentation.

Dans 464 salles d'asiles de cette époque on distribua bientôt des aliments chauds aux enfants.

Ce n'est qu'en 1880 que les cantines scolaires furent organisées normalement à Paris. N'y avait-il pas là en effet un moyen de sauver les enfants prédisposés, de les soutenir, de préserver les chétifs, les anémiques, en attendant une plus large intervention en leur faveur ?

Sans aller jusqu'à dire, comme le criminaliste italien Ferrari, que « c'est le manque d'aliments, qu'il se produise dans la jeunesse ou l'âge mûr, qui a toujours créé des délinquants », nous pensons, comme les docteurs Legendre et Albert Mathieu l'ont répété dans leurs travaux et le congrès d'hygiène scolaire, que l'alimentation joue un grand rôle dans la vie des enfants soumis à la scolarité primaire ou secondaire...

Mais leur utilité vient encore des services qu'elles rendent à la classe pauvre ouvrière qui sait ses enfants en sécurité, bien nourris, surveillés, sans compter que ces repas confortables, à des conditions extraordinaires de bon marché, constituent une réelle économie dans le budget familial.

En outre, les cantines évitent l'aller et retour de l'école

à la famille par le mauvais temps en hiver, ce qui n'est pas sans importance pour les jeunes enfants, assurent leur présence à la classe du soir, suppriment les empêchements de toutes sortes qui surgissent si facilement lorsqu'il s'agit de rentrer en classe, et mettent obstacle à la disposition si naturelle aux enfants de faire l'école buissonnière.

Et puis, l'enfant qui ne mange pas à la cantine rentre déjeuner chez ses parents lorsque le repas est terminé et est exposé à manger vite, froid, ou des aliments réchauffés. Pendant ce temps d'ailleurs, il est mieux surveillé et plus en sécurité dans la cour de récréation que partout ailleurs.

Pour que les bons effets que l'on est en droit d'attendre des cantines se manifestent *au maximum*, il est indispensable que les cantines soient bien organisées au point de vue administratif.

Cuisines, vaisselle, tables, matériel apporté par les enfants doivent être d'une propreté irréprochable. Les repas n'auront point lieu dans les classes comme cela se fait encore en maints endroits; car, dans ces conditions, le balayage est empêché ou mal fait, le temps d'aération des classes pendant les heures de récréation est diminué, et il reste une odeur persistante et désagréable de réfectoire fermé pendant les heures de travail.

On installera donc des réfectoires spéciaux, aérés, bien chauffés et bien éclairés.

La question du genre des aliments, de leur quantité et de leur qualité est des plus importante et doit être l'objet d'une grande préoccupation de la part de tous.

La qualité doit être la même pour tous les enfants assurément, mais le genre et la quantité des aliments ne peuvent être les mêmes à l'école maternelle que dans les autres classes ; elle doit varier suivant l'âge et le tempérament des enfants. C'est ici que le rôle du

médecin s'impose et qu'il doit être prépondérant, ce qui n'a point lieu encore, à ce que nous croyons. Et le rôle du médecin doit être complété par celui du vétérinaire, qui examinera soigneusement et chaque jour toutes les fournitures.

Les recommandations du médecin (qui devraient être des ordres) au sujet du genre des aliments pourront donner lieu à des difficultés d'ordre matériel et pourront paraître d'une application peu pratique, mais il y aura lieu de s'arrêter à ces difficultés et de les vaincre, car l'alimentation bien comprise destinée à se propager et se continuer dans la famille rendra de réels services aux enfants.

La constitution de tel enfant demandera des aliments énergiques dont un autre enfant pourra se passer. Celui-ci aura besoin d'aliments riches en phosphates, en potasse, en chaux, en fer, en manganèse, etc., et celui-là pourra être dispensé d'un choix aussi judicieux.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce point qui nous paraît de premier ordre, laissant aux médecins scolaires le soin de le régler.

Les fournitures se faisant à l'adjudication, certains bouchers peuvent accepter l'adjudication à des tarifs inférieurs, espérant se débarrasser de morceaux qu'ils ne peuvent écouler dans la clientèle ordinaire. Il peut même arriver — et cela s'est vu — qu'ils livrent des viandes avariées, et ces faits sont même malheureusement extrêmement difficiles à éviter. Les instituteurs ou directeurs d'écoles, en supposant qu'ils y mettent tout le zèle et toute l'attention dont ils sont capables, n'obtiennent pas toujours gain de cause, et les luttes qu'ils sont obligés de soutenir pour garder leur indépendance vis-à-vis des fournisseurs et les rappeler à l'honnêteté, finissent par les fatiguer et les rendre indifférents.

Certaines viandes étant adjugées à des prix plus rému-

nérateurs que d'autres, il arrive parfois que les enfants ne mangent que du bœuf, parce que le boucher n'a jamais de veau ni de mouton, qui ne lui rapportent aucun bénéfice.

Et puis il y a encore de temps à autre et par-ci par-là ; le trafic, les prélèvements, allongements de sauces et participation à la gamelle de gens aisés qui sont favorisés des meilleurs morceaux.

A Paris, les cantinières étant responsables des fournitures et des achats de légumes et étant de plus surveillées par les directeurs d'école et un délégué de la Caisse des écoles qui passent, pèsent les portions et goûtent les aliments, les abus, le gaspillage et les négligences sont moindres. Les cantinières tenant beaucoup à leur charge,. la remplissent alors beaucoup mieux, et le prix de revient est même plutôt inférieur qu'avec une autre organisation.

Tout ce que nous venons de signaler étant une affaire d'administration communale, il y aurait lieu d'organiser une surveillance spéciale comme nous venons de le dire. Le contrôle médical et vétérinaire sera sévère, sans faiblesse, et obligera les fournisseurs à se conformer au cachier des charges.

On surveillera aussi *l'abondance* que les enfants apportent de chez leurs parents et tout autre aliment supplémentaire qu'ils auront dans leur panier.

Le temps des repas sera suffisamment long et on empêchera les enfants de mettre les bouchées doubles pour courir jouer.

En somme, aucune négligence n'est permise dans le chapitre alimentation; et la gestion administrative comme l'intervention médicale ne doivent rien laisser à désirer.

Le point de vue moral se rattachant aux cantines scolaires est également des plus intéressant.

C'est pendant la surveillance des repas que pourra s'exercer l'action morale.

Cette surveillance ne peut être imposée aux instituteurs sans dédommagement et il est nécessaire qu'ils l'exercent de leur plein gré.

A défaut du nombre nécessaire et suffisant d'instituteurs pour surveiller les repas, il y aurait peut-être lieu de faire exercer cette surveillance par des dames patronnesses de bonne volonté, et dans ces conditions l'action morale des cantines serait encore et peut-être plus certaine.

Les surveillants, quels qu'ils soient, feront de l'hygiène pratique à tout propos. Ils s'occuperont de la toilette des mains et du visage, veilleront à ce que les enfants aient une bonne posture à table, recommanderont aux enfants de ne pas se presser, leur disant qu'ils ont le temps... qu'il est inutile d'aller vite... que manger vite est contraire à une bonne digestion et produit à la longue des malaises et même des maladies d'estomac... leur donneront quelques préceptes, sur la digestion, la nutrition,... les phénomènes de l'assimilation,... leur parleront de la circulation et de la composition du sang, etc. Convaincus qu'ils n'iront pas jouer avant l'expiration du temps consacré au repas, les enfants prendront de bonnes habitudes qu'ils conserveront dans la suite.

Les surveillants profiteront aussi de ce que les enfants mangent à l'école pour leur recommander d'apporter leur pain dans un linge propre qui leur servira de serviette, afin qu'ils ne salissent point leurs vêtements avec la soupe ou en ne s'essuyant pas les doigts. Ils leur apprendront à se servir de cette serviette, et leur donneront des leçons d'ordre et de propreté.

Les conseils, comme l'alimentation, seront d'ailleurs adaptés à l'âge des enfants.

Certains enfants demandent dix centimes à leurs parents pour avoir un bon de cantine, puis ils racontent à leur mère que l'on mange mal à la cantine, qu'un morceau de viande ou de fromage serait un heureux supplément, et alors ils achètent une tablette de chocolat ou une pipe en sucre convoitée depuis longtemps, puis se contentent de manger à l'école ce que la maman leur a donné. — La vente ou la remise directe des bons aux parents éviterait ces inconvénients.

Il conviendrait aussi d'éloigner des cantines scolaires les enfants des parents aisés ou même quelquefois riches qui apportent des confitures ou des gâteaux pour leur dessert et avec les dix centimes de leurs parents ont droit à une portion qui revient de 25 à 35 centimes à la commune. C'est d'un mauvais exemple, c'est anti-démocratique, et cela augmente inutilement le nombre des unités à surveiller.

Ces faits blessant le principe d'égalité que les enfants sont si disposés à méconnaître, il y a lieu d'y mettre bon ordre et toute une hygiène morale est à instituer dans ce sens.

En résumé, l'œuvre des cantines scolaires étant une œuvre éminemment démocratique et philanthropique, il y a lieu de la voir conduire au mieux des intérêts de tous et de conclure à leur utilité sous les réserves suivantes :

Les aliments fournis par les cantines, viandes, légumes, etc., seront surveillés avec soin par des personnes compétentes et reconnus par elles de bonne qualité.

Le régime sera réglé et adapté à l'âge et à la constitution de l'enfant.

Les boissons, aliments en supplément apportés seront également surveillés.

Les repas seront pris dans un réfectoire convenablement installé, éclairé et chauffé ; — et jamais dans les salles de classes ou les préaux.

Les enfants seront surveillés pendant les repas et la durée de ces repas fixée à un temps suffisamment long, uniforme pour tous les élèves.

On leur enseignera pendant ce temps quelques préceptes moraux et hygiéniques — par des leçons de choses et des remarques pratiques.

II. — Société des Médecins Inspecteurs des Ecoles de la Seine

---

Compte rendu de la Séance du 30 avril 1908

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr DE PRADEL

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

Le Président souhaite la bienvenue au Dr Rolland.

Il adresse les condoléances de la Société au Dr Stackler qui vient de perdre sa mère.

Le Président fait connaître à la Société qu'en raison de la période électorale nos démarches relatives à la nomination des médecins scolaires par le concours sont retardées.

La parole est donnée au Dr Meyer, secrétaire, pour la lecture du procès-verbal.

Le procès-verbal mis aux voix est adopté.

Le Président fait remarquer que les convocations de la Société figurent à la première page de la *Médecine scolaire.*

Le Dr Butte, secrétaire général, donne lecture de la correspondance.

Il fait part d'une lettre du Dr Toledano, empêché d'assister à la séance par suite de maladie.

La Société souhaite le prompt rétablissement de notre confrère.

Le Dr Butte donne connaissance d'une lettre de la caisse des Ecoles du XIIe en réponse à la communication du

Dr Oguse et d'une lettre de la caisse des Ecoles du XXe qui a voté une somme de 100 francs. Une lettre de remerciements sera adressée à cette dernière.

Un de nos collègues fait ensuite connaître à la Société que dans son arrondissement il existe un dispensaire anti-tuberculeux, dans lequel il est question de faire conduire les enfants par leurs maîtres pour qu'il leur soit fait des injections d'eau de mer.

M. de Pradel dit qu'il faut protester contre un pareil procédé.

Le Dr Gagnière fait remarquer que ces injections sont pratiquées sans examen préalable d'urine, et qu'il peut en résulter des accidents mortels chez certains albuminuriques.

Le Dr Butte fait connaître à la Société que le bureau s'occupera de cette question.

Le Dr Recht rappelle à cet égard le précédent de la thyroïdine.

Une discussion s'engage à ce sujet ; les Drs Dufestel, Hervouet et Weber y prennent part.

A la suite de cette discussion l'ordre du jour suivant mis aux voix est adopté :

« La Société des médecins inspecteurs des Ecoles, informée officieusement de l'application prochaine, à des enfants des écoles, d'une méthode encore à l'étude, proteste contre le principe en vertu duquel les enfants des écoles peuvent servir de sujets d'expériences. »

L'ordre du jour appelle la communication du Dr Rolland au sujet du mobilier scolaire (1).

. . . .

. . . .

Le Dr de Pradel remercie bien vivement le Dr Rolland de son intéressante communication.

La parole est donnée à M. Brudenne pour la présentation de sa table scolaire.

M. Brudenne. — L'inventeur se dispense d'exposer les méfaits de l'ancien mobilier scolaire et ajoute qu'il ne dira

(1) Cette communication sera insérée ultérieurement.

pas un mot de la physiologie de l'enfance, attendu que les médecins scolaires sont tous ses maîtres en pareille matière. Il passe alors immédiatement à l'exposé technique de son système de table scolaire hygiénique, rationnelle. Celle-ci offre les caractéristiques suivantes :

Tous les points d'appui de l'élève (*cuisses, pieds, avant-bras*) *sont « toujours » à des distances proportionnées aux dimensions de son corps*, l'enfant étant, indifféremment, assis ou debout.

Cette table-siège scolaire est à deux places (*voir le plan ci-contre*), mais elle se fait également à une place (fig. 1 et 2).



Fig. 1

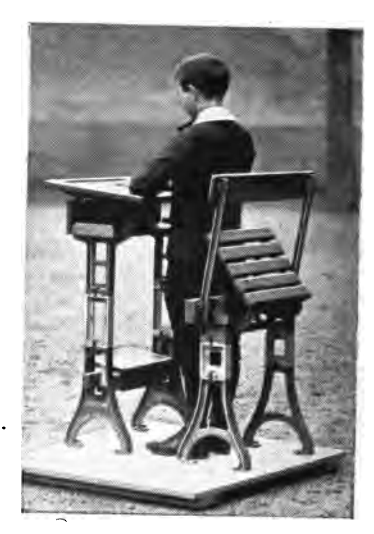
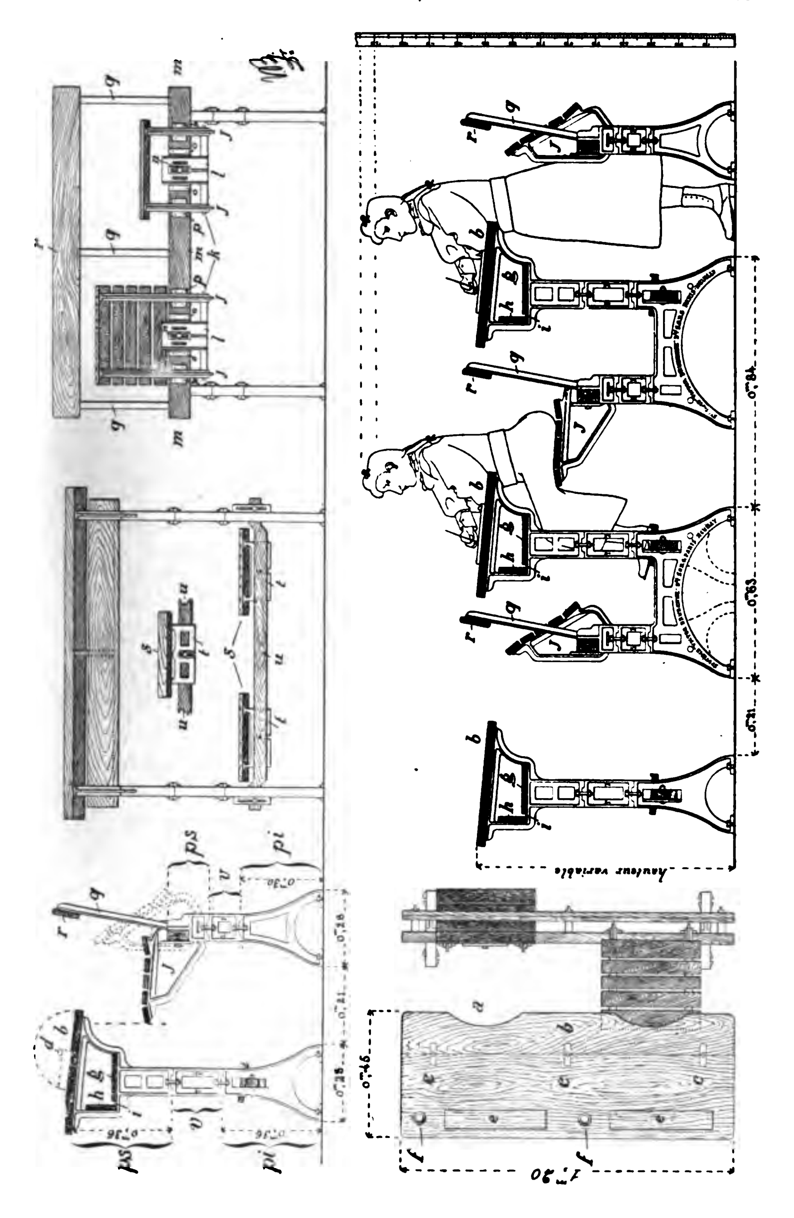


Fig. 2

Dans la table à deux places, chacune de celles-ci est individuelle et *peut s'ajuster exactement à l'élève* qu'elle doit recevoir. Cela se fait avec une *simplicité de manœuvre* telle qu'elle peut être faite par tous, même par des femmes.

Les éléments d'ensemble de la présente invention sont : le *pupitre*, le *siège*, l'*appui-pieds*, sommairement décrits ci-après :

Pupitre. — Plateau convenablement incliné, possède une


Hauteur variable
0m,84
0m,63
0m,21
0m,45
1m,20

échancrure curviligne (*voir le plan*) qui épouse la forme de la partie antérieure du thorax, permet à l'élève de conserver les coudes en position normale et de s'appuyer sur le pupitre sans se comprimer la poitrine, ce qui *permet l'amplitude des mouvements respiratoires*, favorise l'hématose, donne aux écoliers toute l'énergie qui leur est nécessaire.

La partie postérieure du pupitre se relève en permettant : 1° la *lecture*, dans une attitude de repos ; 2° le *dessin à vue*, sans outillage spécial, sans salle particulière ; 3° la *couture*.

Le casier est ouvert sur le fond et sur les côtés, ainsi que le prescrivent les instructions ministérielles du 1er juillet 1906.

Siège. — Individuel, réversible, mobile en hauteur, donne exactement la *différence*. Permet de faire travailler l'élève aussi bien debout qu'assis, ce qui découle de la nécessité physiologique d'alterner la position de l'enfant.

La construction même de cette table scolaire permet à l'enfant debout et à l'enfant assis de *conserver la même distance visuelle* (*voir le plan*), ce qui ne se rencontre dans aucun autre système de table scolaire.

Appui-pieds. — Grave question que celle-là ; aussi la plupart des constructeurs passent-ils outre. Que les jambes soient pendantes ou touchent le sol, souvent carrelé ou dallé, peu leur importe ; compression des artères, maux de gorge, myopie sont pourtant de graves conséquences dont on doit tenir compte dans la construction d'une table scolaire.

Ici l'appui-pieds n'est pas la simple barre de bois ou de métal qui contracte les muscles de la voûte plantaire ; c'est une *large planche* qui *repose l'ensemble des pieds*. De plus, il est *mobile en hauteur* et s'adapte à toutes les jambes.

Balayage facile. — La table scolaire hygiénique et rationnelle « Victor Brudenne » possède un minimum de points d'appui sur le sol. Son nettoyage est extrêmement facile, ce qui est important.

Transformation en toutes tailles au gré des besoins de l'école. — L'interposition de blocs de tailles diverses entre la partie

supérieure et la partie inférieure de la table scolaire permet de l'adapter rapidement à tous élèves dont la taille est comprise entre 1 mètre et 1 m. 70.

Tels sont les avantages généraux de ce *système tout nouveau* de table scolaire qui est construit par « la Société centrale d'hygiène scolaire » de Paris-Neuilly.

A la suite de ces présentations et de la discussion à laquelle elles donnent lieu, le Dr Raymond demande quelle en sera la sanction.

Le Dr de Pradel est d'avis de nommer une commission pour l'examen de cette question, — commission qui entendra les constructeurs.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la circulaire préfectorale prescrivant des visites bi-hebdomadaires.

Le Dr de Pradel rend compte de la démarche du bureau auprès de M. le Préfet de la Seine. — La réponse du préfet n'est pas encore parvenue. — Il est probable qu'elle pourra être communiquée à la prochaine séance (1).

Le Dr Recht rend compte d'une démarche qu'il a faite à ce sujet auprès de M. Bedorez.

Le Dr Butte fait connaître à la Société que dans deux ans aura lieu le congrès d'hygiène scolaire et qu'il est nécessaire d'établir un projet des sujets à traiter. Il pense qu'il sera utile de nommer une commission chargée de préparer notre participation à ce congrès.

En raison de l'heure avancée, la discussion de cette question est reportée à la prochaine séance.

La séance est levée à 11 h. 50.

Le Secrétaire,

Dr Meyer.

(1) Voir cette lettre à la fin du texte (Informations).

III. — Informations

A la suite de la visite que lui a faite le 2 avril une délégation de la société des médecins inspecteurs, M. le Préfet de la Seine a adressé à MM. les Maires des arrondissements de Paris la lettre suivante :

Paris, le 28 mai 1908.

LE PRÉFET DE LA SEINE A M. LE MAIRE DU ARRONDISSEMENT

A la suite de ma circulaire du 17 mars dernier prescrivant pendant la durée des épidémies de rougeole et de scarlatine des visites supplémentaires, MM. les médecins inspecteurs m'ont signalé que ces visites prendraient un temps si considérable qu'il leur paraissait presque impossible d'y procéder régulièrement.

Je ne me suis pas refusé, dans ces conditions, à examiner si d'autres mesures ne pourraient pas être substituées à celles précédemment prescrites.

L'épidémie de rougeole et de scarlatine qui sévit à Paris n'a pas encore suffisamment décru pour qu'on puisse songer à apporter moins d'activité à la combattre.

Toutefois, après m'être concerté avec M. le Directeur de l'enseignement et M. l'Inspecteur général des services d'hygiène, il m'a semblé que, si les visites médicales n'avaient pas un caractère de nécessité absolue pour reconnaître les enfants chez lesquels peuvent se manifester des germes de maladie, il importait au plus haut degré de ne laisser pénétrer dans les écoles aucun enfant qui ayant été malade, ne présenterait pas tous les caractères d'une immunité absolue.

Dans ces conditions, j'ai pensé que je pouvais m'en remettre à l'initiative et à la conscience de MM. les médecins-inspecteurs au sujet de la fréquence des visites supplémentaires à faire dans les écoles tant que l'épidémie n'aura pas été enrayée.

Mais je vous serai obligé de donner aux médecins-inspecteurs et au personnel scolaire des instructions très strictes pour que les enfants convalescents ne rentrent à l'école que munis d'un certificat médical. Il a été constaté en effet que la propagation des deux maladies à combattre se produit surtout par le contact des convalescents encore dangereux avec les enfants bien portants.

Il y aurait bien à modifier sur ce point les instructions de ma dernière circulaire. Les enfants qui auront à demander au médecin inspecteur un certificat de rentrée ne devront pas se représenter à l'école le jour de la visite du médecin, car s'ils sont encore dangereux, ils risquent de contaminer leurs camarades, mais ils devront aller chercher le certificat au cabinet de consultation du Docteur.

En aucun cas, un enfant relevant de maladie ne pourra être reçu à l'école sans ce certificat.

J'insiste pour que ces prescriptions soient rigoureusement suivies.

Le Préfet de la Seine,

J. DE SELVES.

Laboratoire d'hygiène scolaire (établi en 1908), 41, rue Gay-Lussac. — M. le Dr H. MÉRY, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, directeur du Laboratoire, a fait cette année quatre Conférences publiques, les jeudis, à cinq heures, à partir du 7 mai.

Le 7 mai. — « Les bases scientifiques de l'hygiène scolaire. »

Le 14 mai. — « Les attitudes des écoliers. »

Le 21 mai. — « L'alimentation et les cantines scolaires. »

Le 4 juin. — « L'hygiène corporelle des écoliers. »

CONFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES

Jeudi 11 juin. — M. le Dr A. MATHIEU, médecin des hôpitaux. « Le surmenage scolaire. »

Jeudi 25 juin. — M. V.-H. FRIEDEL, archiviste-bibliothécaire du Musée pédagogique. « L'institution des médecins scolaires dans les pays étrangers. »

Troisième Congrès International d'Hygiène Scolaire. — Paris, 29 mars-2 avril 1910. — Le premier des Congrès internationaux d'Hygiène scolaire a été tenu à Nuremberg, en avril 1904; le second à Londres, en août 1907; le troisième aura lieu à Paris pendant les vacances de Pâques, du mardi 29 mars au samedi 2 avril 1910. Il y sera annexé une Exposition internationale d'Hygiène des Ecoles et de l'Education.

L'utilité des Congrès internationaux d'Hygiène scolaire a été démontrée à Nuremberg et à Londres par le nombre des adhésions et des communications, par l'importance des rapports et des discussions; par l'empressement des Gouvernements et des Institutions publiques et privées à se faire représenter.

Les diverses nations civilisées ont pu comparer, au point de vue de l'hygiène et de l'éducation, leurs ressources, leurs méthodes et leurs desiderata. Ceux qui s'intéressent à la bonne santé physique, intellectuelle et morale de la jeunesse ont pu prendre contact; il s'est établi entre eux dans les divers pays civilisés une émulation pleine de promesses. Enfin, la réunion de ces Congrès a puissamment servi à créer le mouvement de l'opinion publique indispensable pour que les réformes nécessaires soient non seulement édictées, mais efficacement mises en œuvre. Au lendemain du Congrès de Londres, l'organisation de l'inspection médicale des écoles a été officiellement décidée en Angleterre.

L'honneur d'organiser le troisième de ces Congrès périodiques a été offert à la France. Grâce à la bonne volonté et à la largeur d'esprit qui animent le Gouvernement français, elle pourra dignement s'acquitter de cette tâche.

Le Comité permanent des Congrès internationaux d'Hygiène scolaire, dans la séance qu'il a tenue à Londres le 8 août 1907, a voté en effet la déclaration suivante, accueillie avec enthousiasme par l'Assemblée générale de clôture du Congrès :

« Le Comité permanent des Congrès internationaux d'Hy-
« giène scolaire accepte avec reconnaissance la proposition

« faite par le Ministère de l'Instruction publique de France « et par la Ligue française d'Hygiène scolaire d'organiser le « troisième de ces Congrès, en collaboration avec toutes les « Sociétés françaises qui s'occupent de l'Hygiène des écoles.

« Ce Congrès aura lieu à Paris en 1910, la semaine d'après « Pâques, sous la présidence de M. le Ministre de l'Instruc« tion publique de France ».

Pour le Congrès de 1910, il n'y aura donc pas seulement patronage bienveillant, mais collaboration directe du Ministère de l'Instruction publique de France et des Sociétés qui s'occupent de l'hygiène de l'enfance : c'est une étape nouvelle dans la vie des Congrès internationaux.

Inutile de dire que cette participation officielle laissera entière la liberté des opinions et des discussions et qu'il est fait appel indirectement à toutes les bonnes volontés, tout conflit d'ordre politique ou philosophique étant par définition exclu de cette consultation internationale.

Nous demandons aux amis de l'Hygiène scolaire de constituer dans les différents pays des Comités nationaux et régionaux chargés de provoquer la participation des municipalités, des établissements d'instruction, des éducateurs de profession, des médecins et des pères de famille. Des invitations officielles seront adressées aux Gouvernements étrangers en temps utile.

Le Comité provisoire français s'occupe dès maintenant de préparer l'organisation intellectuelle et matérielle du Congrès. Le Comité définitif fera connaître avant la fin de l'année la division du travail par section et le titre des rapports qui seront soumis à la discussion.

Le prix de la cotisatien est fixé à 25 francs, comme pour les congrès précédents (20 shillings pour l'Angleterre ; 20 mark pour l'Allemagne ; 25 kronen pour l'Autriche-Hongrie).

Les cotisations devront être versées intégralement au Trésorier du Comité français.

Il sera ultérieurement indiqué dans quelles conditions des réductions individuelles ou collectives pourront être accordées sur le prix de la cotisation.

Le Président du Comité permanent des Congrès internationaux d'Hygiène scolaire,

Dr Albert Mathieu,

37, rue des Mathurins, Paris.

Les membres du Bureau permanent international :

Prof. Chabot (Lyon), Prof. Bergstrom (Bloomingotn, Indiana, E. U. A.), Sir Lauder Brunton (Londres), Prof. Burgerstein (Vienne), Prof. Griesbach (Mulhouse), Prof. Hertel (Copenhague), Dr. James Kerr (London), Prof. Mishima (Tokio), Dr. Schmid (Berne), Prof. Schuyten (Anvers), White Wallis (London).

Pour les renseignements relatifs au Congrès, s'adresser à M. le Dr Robert Dinet, *11 bis, rue Cernuschi, Paris.*

Pour les renseignements relatifs à l'Exposition internationale d'Hygiène scolaire, s'adresser à

M. V. H. Friedel,

Au Musée Pédagogique, 41, rue Gay-Lussac; Paris.

Trésorier : Dr Dufestel,

10, Boulevard Magenta, Paris.

Comité provisoire d'organisation du Congrès international d'hygiène scolaire de 1910. — Dans sa première réunion tenue le 17 février dernier, sous la présidence du Dr Albert Mathieu, président du Comité permanent des Congrès internationaux d'hygiène scolaire, ce Comité s'est subdivisé en trois sous-commissions d'étude dont voici la composition :

I. — *Organisation de la partie intellectuelle du Congrès*

M. Lamy, inspecteur général de l'Instruction publique.

M. Henri Bernès, membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

M. L. Bougier, professeur au Collège Rollin.

M. Malapert, professeur de philosophie au lycée Louis le Grand.

M. le Dr Butte, secrétaire général de la Société des médecins inspecteurs des écoles de la Seine.

M. le Dr Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris.

II. — *Organisation matérielle*

M. Etienne Port, inspecteur général de l'économat des lycées.

M. le Dr Mosny, médecin des hôpitaux de Paris.

M. le Dr Dufestel, médecin inspecteur des écoles.

M. le Dr R. Dinet.

M. Courtois, architecte.

M. Marillier, professeur au petit lycée Condorcet.

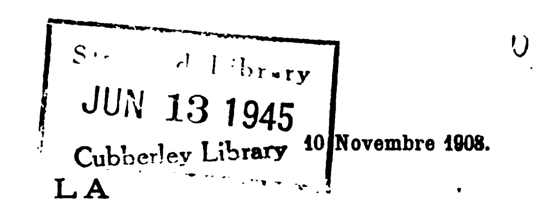
III. — *Organisation de l'Exposition d'hygiène scolaire*

M. le Dr H. Méry, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

M. Breitling, proviseur du lycée Buffon.

M. Victor Friedel, du musée pédagogique.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE



Tome I. — N° 5. 10 Novembre 1908.

LA MÉDECINE SCOLAIRE

BULLETIN MENSUEL DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES



PARIS
LIBRAIRIE CH. DELAGRAVE
15, RUE SOUFFLOT, 15

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

Dr CHAILLOU, ancien interne des Hôpitaux.

Dr COURGEY (d'Ivry), délégué cantonal.

Dr DINET, Secrétaire gén.-adj. de la Ligue d'hygiène scolaire.

Dr PLEY, chef des travaux optiques à l'Hôtel-Dieu.

Dr CESAR ROUX, médecin inspecteur des Écoles à Nice.

Tome I. — N° 5. 10 novembre 1908.

LA

MÉDECINE SCOLAIRE

Actes de la Société
des Médecins Inspecteurs
des Ecoles de la Seine

M

La prochaine réunion statutaire de la Société, à la suite de laquelle aura lieu l'Assemblée générale annuelle, se tiendra le **jeudi 17 décembre prochain.** L'ordre du jour de cette réunion sera publié en tête du numéro de décembre de la *Médecine scolaire*.

SOMMAIRE

I. *Travaux Originaux.* — 1. Le concours pour la nomination des médecins inspecteurs des écoles (Dr Dufestel). — 2. L'institution des médecins scolaires à l'étranger (V. H. Friedel). — II. *Compte rendu de la Séance du 15 octobre 1908 (Société des Médecins Inspecteurs des Ecoles).* — III. *Variétés et Nouvelles.* — IV. *Bibliographie.*

I. — Travaux Originaux

1. — Le concours pour la nomination des médecins inspecteurs des écoles

par le Dr Dufestel

Depuis plusieurs aunées la Société des Médecins Inspecteurs des Ecoles de la ville de Paris demande le concours pour la nomination des médecins scolaires et elle espère très prochainement voir aboutir cette réforme, qui, dans aucun cas, ne peut avoir d'effet rétroactif, grâce à la bonne volonté du Conseil municipal et en particulier de notre confrère le Dr Guibert, et grâce au précieux appui de M. Bedorez, le dévoué directeur de l'Enseignement.

Un certain nombre de nos collègues, empêchés soit pour raison de santé, soit par suite de nécessités professionnelles, d'assister aux séances de la Société et qui n'ont pu suivre la discussion approfondie qui a eu lieu sur ce sujet, ne semblent pas avoir bien saisi le but poursuivi.

Tout d'abord, le concours rehaussera le prestige et l'autorité du médecin scolaire, car c'est le seul moyen pratique de s'assurer que le futur inspecteur possède les connaissances spéciales si nombreuses et si variées qu'exige sa fonction. Le médecin y gagnera aussi en dignité. Jugé par ses pairs, il ne verra plus ses titres discutés par des assemblées incompétentes, dont les décisions sont trop souvent basées sur des considérations étrangères à la médecine.

Le rôle du médecin inspecteur des Ecoles s'est bien modifié depuis sa création et il tend tous les jours en France et dans les pays étrangers à augmenter en importance.

Sans méconnaître la valeur des multiples connaissances acquises au cours de ses études par le jeune docteur, il est bien certain qu'il n'est pas spécialement préparé au rôle qu'on lui confie dans l'Ecole et qu'il a besoin d'un certain apprentissage. En Suisse, on a si bien compris l'importance de cette préparation qu'on a créé à Berne une chaire d'Hygiène scolaire. En Hongrie, les facultés de médecine ont toutes un professeur spécial d'Hygiène infantile. A Paris même le Ministre de l'Instruction publique a autorisé M. le Dr Méry, professeur agrégé, à instituer au Musée Pédagogique des conférences d'hygiène scolaire. De son côté, la « Ligue d'Hygiène scolaire », que dirige avec tant de dévouement M. le Dr Mathieu, a, depuis plusieurs années, par des conférences qui ont lieu chaque jeudi à l'Ecole des Hautes Etudes sociales, cherché à vulgariser les con-

naissances en hygiène scolaire parmi les professeurs et les parents.

Lorsque l'inspection médicale des Ecoles fut créée en 1879 à Paris, on avait seulement en vue la défense de la collectivité contre les maladies contagieuses. Le médecin devait surtout faire de la prophylaxie. Mais peu à peu des idées nouvelles surgirent et le souci de la santé particulière de chaque enfant s'imposa à l'Etat.

En recevant un élève dans un établissement d'instruction, le maître, que ce soit l'Etat ou un simple particulier, lui doit avant tout la protection de sa santé.

« L'intervention du médecin », écrit M. le Sénateur P. Strauss (1), « ne saurait rigoureusement se limiter à la prévention des risques morbides inhérents au milieu scolaire; elle déborde les frontières administratives et porte sur la santé de l'élève, fût-elle altérée au foyer familial? Un écolier malade est un danger pour ses voisins et camarades. La population juvénile entière, par cela même qu'elle est agglomérée, a droit à une protection spéciale, exceptionnelle, d'autant plus forte que les enfants sont plus jeunes et par conséquent plus menacés de toutes parts. »

La défense de l'écolier contre la maladie impose une lutte journalière et incessante et la recherche des causes qui peuvent la produire.

Rien de ce qui touche la construction de l'Ecole ne doit être ignoré du médecin scolaire. L'orientation, la distribution des locaux, l'éclairage, le chauffage et la ventilation des classes, l'installation des cabinets d'aisances, les différents procédés de balayage et de nettoyage doivent en être connus.

Il doit pouvoir apprécier la valeur hygiénique des différents appareils de chauffage. Le mobilier scolaire, la situation du banc par rapport à la table, la hauteur du

(1) L'inspection médicale des Ecoles, in *Revue Bleue*, 19 janv. 1907.

pupitre, la *distance* et la *différence*, la disposition de la table par rapport à la fenêtre et aux appareils d'éclairage sont des questions qui doivent lui être familières.

Tout ce qui concerne l'hygiène physique de l'écolier rentre dans ses attributions. C'est même lui qui doit diriger l'éducation physique en indiquant les exercices salutaires et en repoussant ceux qui peuvent nuire au bon développement et amener des déformations.

Il doit connaître aussi tout ce qui se rapporte à l'hygiène intellectuelle et en particulier les différents procédés de mensuration de la fatigue cérébrale.

Son rôle n'est pas moins important dans l'examen de l'écolier. Tout ce qui touche à l'examen somatique et à l'examen des organes particuliers tels que la vue et l'ouïe sont de sa compétence.

La fiche ou le carnet scolaire de santé adoptés à l'étranger et dans certaines villes de France sont sur le point d'être imposés à Paris. Ce n'est que la question d'argent qui arrête leur adoption définitive, le Conseil municipal comprenant bien qu'on ne peut imposer une tâche aussi lourde au médecin sans lui donner des honoraires en rapport avec le travail fourni.

Je ne parlerai pas de la prophylaxie des maladies contagieuses et de la recherche des symptômes prémonitoires permettant l'isolement de l'enfant avant qu'il ne soit un danger pour ses camarades, pas plus que des procédés de dépistage de la tuberculose ganglio-pulmonaire, toutes questions familières au médecin ; mais l'inspecteur médical des écoles doit aussi connaître les divers problèmes soulevés par l'alimentation des enfants à la cantine, l'influence du séjour aux colonies scolaires, et la création des écoles de plein air.

Un rôle qu'il doit être préparé à remplir, c'est celui de membre de la commission des anormaux. En Allemagne d'abord, puis un peu partout, on a créé des classes

spéciales pour les retardés de l'intelligence. L'admission dans ces écoles n'est pas une des moins graves responsabilités du médecin. C'est à lui qu'incombe le devoir de rechercher si ce retardé, cet anormal ne présente pas une déchéance organique pouvant expliquer l'affaiblissement de ses fonctions intellectuelles ; car de cette recherche des causes peut dépendre le traitement.

Il me semble inutile d'insister plus longuement sur l'importance du rôle du médecin d'Ecole. Certaines villes étrangères ont jugé ces fonctions si sérieuses qu'elles ont obligé le futur médecin scolaire à un stage auprès de son collègue titulaire. On a institué des médecins stagiaires ou suppléants, chargés d'aider le titulaire pour l'examen des écoliers, les vaccinations, etc., et de le remplacer le cas échéant.

Etablir le concours pour les médecins scolaires, ce n'est pas créer un nouveau diplôme, c'est seulement un moyen d'assurer le recrutement de praticiens voués à la tâche qui leur incombe et connaissant à l'avance ce qu'ils auront à faire.

Le concours impose au candidat l'obligation de connaître les devoirs de la charge qu'il aura à remplir.

La variété et l'augmentation sans cesse croissantes des connaissances forcent le médecin à se spécialiser car il ne peut, malgré la somme de travail dépensée pendant ses années d'études, s'assimiler toutes les matières que comporte une science aussi vaste que la médecine. La médecine scolaire est une branche qui, chaque jour, prend une extension d'autant plus considérable qu'on comprend mieux son importance au point de vue de l'avenir de la race.

D[r] DUFESTEL.

---

2. — L'institution des médecins scolaires à l'étranger (1)

par M. V. H. Friedel

Un type nouveau de médecins scolaires s'est formé dans ces trente dernières années. Ceux-là s'occupent non seulement des conditions sanitaires des locaux, mais aussi et surtout de la santé individuelle des écoliers, en les examinant périodiquement et en prescrivant les mesures nécessaires comme ils le feraient pour des malades de leur clientèle privée. On en trouve aujourd'hui dans les principaux pays civilisés. Leur nombre est encore relativement restreint. Mais leurs efforts tendent à se grouper, et déjà on peut parler d'une institution de médecins scolaires dans la vraie et pleine acception des termes. C'est de cette institution moderne qu'il est utile, je crois, de connaître les types les plus intéressants. Je vous dirai dans quelle mesure et dans quelles conditions cette institution a été adoptée et fonctionne dans divers pays étrangers. Nous verrons ce qu'on peut augurer de son avenir?

Et d'abord quelques généralités.

Aussi longtemps que l'hygiène scolaire n'avait pour objet que les locaux et le matériel des écoles, ni le personnel enseignant, ni les parents ne se souciaient de son fonctionnement. Les autorités exécutaient les desiderata des médecins à condition que cela ne comportât pas de trop grands sacrifices d'argent. Mais dès que les médecins prétendirent dire leur mot sur l'arrange-

(1) Nous sommes heureux de pouvoir reproduire avec l'assentiment de l'auteur et grâce à l'amabilité de M. Sabatié, directeur de la *Revue Pédagogique*, les bonnes pages d'une conférence faite le 25 juin 1908 au Laboratoire d'Hygiène scolaire du Musée pédagogique, par M. V. H. Friedel, l'aimable bibliothécaire de cet établissement.

N. D. L. R.

ment des programmes et des horaires, sur les récréations et les vacances, ou sur quelque autre point de l'organisation pédagogique, tels que les devoirs, les compositions, les punitions, etc., les pédagogues s'émurent. Ils soupçonnèrent une nouvelle autorité, d'autant plus gênante qu'elle paraissait moins compétente en matière pédagogique. Les parents jugèrent indiscret, voire déplacé, l'examen médical de leurs enfants en dehors de la famille. Ou bien, ils trouvèrent ridicule qu'on voulût élever la jeunesse dans du coton et la dispenser d'efforts qu'eux-mêmes avaient bien su donner lorsqu'ils étaient jeunes. Enfin, les autorités scolaires, c'est-à-dire celles qui avaient à payer les améliorations recommandées par ces spécialistes nouveau jeu, résistèrent. Cette manière de voir n'a pas disparu complètement. Cependant, les avertissements des médecins et des sociologues commencent à être entendus. Ceux-ci ne cessent pas de démontrer par des faits que les générations actuelles ne possèdent pas la force de résistance qu'exige, de nos jours, la lutte pour la vie. Les médecins non seulement ont prouvé que la vie scolaire engendre des maladies chez beaucoup de sujets, mais ils poussent le cri d'alarme contre les ravages de la tuberculose, contre l'alcoolisme, etc., qu'il est possible et urgent de combattre chez les enfants. Nulle part la lutte préventive contre ces fléaux n'est plus efficace qu'à l'école, surtout à l'école populaire qui réunit les enfants les plus exposés. L'hygiène scolaire prend ainsi l'importance d'une défense nationale et sociale. Et celui qui la dirige, le médecin scolaire, apparaît comme un collaborateur dont le pédagogue ne pourra et ne devra plus se passer désormais.

Nulle part on n'a tant discuté et écrit sur la question des médecins scolaires que dans la patrie de toute pédagogie, en Allemagne. Il faudrait un volume pour

résumer la littérature copieuse et touffue qu'ont produite sur ce sujet les vingt dernières années. Mais au moins en est-il sorti des résultats pratiques? On compte à l'heure actuelle environ huit cents médecins scolaires dans les écoles communales de presque toutes les grandes villes de l'Empire. Leipzig a commencé en appointant, dès 1892, 15 médecins scolaires. Berlin en avait 36 en 1905, et on en a augmenté le nombre depuis.

On compte dans le petit duché de Saxe-Meiningen un médecin scolaire sur 6.965 habitants.

Comme on peut s'y attendre, leurs fonctions sont diversement réglées dans les pays allemands. Cependant, un type a prévalu, celui de Wiesbaden. Il sert de modèle aux créations nouvelles et de correctif aux institutions déjà existantes. Voici comment fonctionne l'institution à Wiesbaden :

Au moment de la rentrée des classes, on fait parvenir aux parents des enfants nouvellement enrôlés une feuille sanitaire accompagnée d'une lettre-circulaire expliquant le but de la surveillance médicale par l'école. Si la famille a un médecin attitré, c'est lui qui examine l'enfant et qui remplit la feuille. Tout enfant arrivant à l'école sans la feuille, est présenté dans les deux ou trois premiers jours au médecin scolaire qui, par un examen très sommaire, constate que les nouveaux venus n'apportent pas de maladies contagieuses ou de parasites. L'examen individuel et complet de chaque enfant se poursuit pendant les quatre à six premières semaines. Les mères sont invitées à y assister. Le médecin se rend compte si l'enfant peut suivre les classes sans inconvénient pour sa santé, ou si l'instituteur devra lui accorder certains ménagements, ou enfin s'il a besoin d'un contrôle médical. Chaque écolier a sa fiche sanitaire qui reste à l'école et qui suit l'enfant à tous les chan-

gements de classe ou d'école. Sur cette fiche le médecin scolaire transcrit les renseignements fournis par le médecin de la famille ou inscrit ses propres constatations s'il a lui même examiné l'enfant. La fiche d'un enfant qui a besoin d'être suivi par un médecin, porte la mention « Contrôle médical ».

Ce premier examen terminé, le médecin scolaire revient à l'école tous les quinze jours pour une consultation. En cas d'épidémie, il y vient plus souvent. Le jour de la consultation est fixé d'avance, d'accord avec le directeur de l'école. Celui-ci fait circuler, la veille, une feuille sur laquelle les maîtres inscrivent les enfants de leur classe dont la fiche porte la mention « Contrôle médical ». La liste et les fiches sont remises au médecin par les professeurs de classe qui amènent les enfants et assistent, autant que possible, à l'examen de contrôle. Avant de procéder à cette visite, le médecin passe dans les classes qu'il inspecte, à tour de rôle, au point de vue de l'éclairage, de l'aération, du chauffage, des attitudes, etc. Chaque salle de classe est ainsi inspectée deux fois par semestre au moins. Tel enfant qui, au cours de cette visite, paraît suspect au médecin ou que le maître lui indique comme tel, est prié de se rendre à la salle de consultation où d'ailleurs les maîtres des classes non inspectées ce jour-là peuvent également envoyer les élèves qu'ils supposent être souffrants. Après ce passage dans les classes, le médecin se rend à la salle de consultation où il examine les cas nouveaux et les cas placés sous contrôle.

Les enfants qui sont reconnus malades sont renvoyés aux parents. Aux petits, le médecin remet ses recommandations par écrit; les grands peuvent être priés de dire eux-mêmes aux parents qu'ils ont besoin de soins médicaux. En aucun cas le médecin scolaire ne soigne. Il visite l'enfant à domicile dans le seul cas d'absences

pour cause de maladie insuffisamment justifiées ; encore faut-il que le directeur de l'école l'y invite.

L'examen détaillé de chaque écolier se répète trois fois pendant les huit années que dure la scolarité obligatoire : au courant de la troisième, de la cinquième et de la huitième et dernière année. Ce dernier examen est très important pour les élèves qui quittent l'école pour entrer dans la vie. Il permet au médecin de faire des recommandations utiles aux parents et de leur donner des conseils sur la carrière ou sur le métier qui convient à l'état physique de leur enfant.

Le médecin scolaire n'a pas autorité pour donner un ordre ou pour faire une recommandation soit aux maîtres, soit aux domestiques de l'école. Il consigne toutes ses observations dans le cahier d'hygiène de l'établissement. S'il juge que ses indications ne sont pas suivies, il prie celui de ses collègues qui représente les médecins à la Commission municipale d'hygiène scolaire de soumettre sa plainte à cette Commission. Dans des cas urgents, il peut adresser ses représentations directement à l'inspection scolaire ou au médecin inspecteur de l'arrondissement. Car celui-ci est son chef hiérarchique.

Les médecins scolaires forment un collège qui se réunit périodiquement pour un échange de vues. Lorsque dans une de ces réunions il sera question de l'état hygiénique des locaux, le médecin inspecteur de l'arrondissement est prié d'y assister. Chaque médecin scolaire rédige un rapport annuel. Les rubriques de ces rapports sont arrêtées d'avance. Les rapports sont remis au plus ancien des médecins scolaires qui rédige le rapport général destiné à être soumis à l'administration municipale.

Si le médecin scolaire néglige ses devoirs, il peut être remercié immédiatement. Autrement congé est donné de part et d'autre trois mois à l'avance.

Voilà, à grands traits, le système de Wiesbaden, dont on trouve en Allemagne de nombreuses variantes.

La municipalité de Wiesbaden se décida pour cette organisation à la suite d'observations médicales faites en 1895 sur 7.000 enfants. Il n'était plus possible de douter de l'importance de l'examen médical des écoliers : les malades étaient plus de 50 p. 100 de la population scolaire. En 1897, le Ministère de Prusse envoya une Commission pour étudier la nouvelle institution. Les résultats consignés dans le rapport de cette Commission parurent si concluants et si instructifs, que le Ministère les recommanda aux autorités de son ressort comme pouvant servir d'indication à suivre dans la création de services semblables. Car, il ne faut pas oublier ce point capital : l'institution de Wiesbaden ainsi que celles qui existent dans d'autres villes d'Allemagne — en 1906 on en comptait environ 350 avec 700 médecins — sont municipales.

Arrêtons-nous un instant à ce système type (pour l'Allemagne) et mesurons le progrès qu'il a fait faire à la question si complexe des médecins scolaires.

Bien avant que la ville de Wiesbaden créât son service, on avait commencé ailleurs, entre autres à Anvers, à Moscou même, à se préoccuper de la santé des écoliers. Néanmoins l'expérience de Wiesbaden a fait triompher cette conception que la *santé des élèves importait plus que la construction de palais scolaires*. L'examen des recrues scolaires y a reçu toute l'importance qu'elle mérite. Certaines villes d'Allemagne ont vu dans ce premier examen le seul appoint utile pour l'enseignement; car, il allège le travail du maître en excluant de l'école ou en ajournant les enfants physiquement incapables de suivre les classes avec profit. Elles n'en ont retenu que cette sélection des recrues scolaires.

L'institution de Wiesbaden a cet autre mérite d'avoir

nettement précisé, en les plaçant au milieu des contingences de la réalité, toutes les difficultés d'application que les théoriciens croyaient pouvoir résoudre si aisément dans leurs discussions et dans leurs écrits. J'en énumère les principales:

Il est de toute évidence que l'institution n'a une valeur réelle que si le médecin examine *soigneusement* et contrôle *régulièrement* les écoliers. Il est évident aussi qu'il faut rémunérer le praticien pour ce travail considérable, d'abord parce que tout travail mérite salaire et ensuite parce que le fait qu'une institution est établie avec des deniers publics crée au pauvre une sorte de droit de l'utiliser : c'est un moyen de la populariser.

Cela nous ramène à ce point important : la compétence du médecin scolaire. L'idéal serait un médecin scolaire spécialement préparé à sa tâche et suffisamment rétribué pour pouvoir renoncer à toute autre clientèle. En Hongrie on exige des médecins scolaires (mais il n'y a encore de tels médecins que pour les établissements secondaires) des certificats établissant qu'ils ont fait les études spéciales organisées dans les Universités en vue de leurs fonctions futures. Ailleurs on commence seulement, dans les Universités, à reconnaître l'hygiène scolaire comme une discipline d'enseignement. Nous n'aurons pas été les premiers, à Paris, à créer une pépinière pour ces nouveaux spécialistes, puisque des Universités hongroises nous ont devancés. En attendant, ce sont les praticiens généraux qui paraissent les plus qualifiés. Mais on s'est aperçu, et c'est naturel, que seuls les médecins détachés de la clientèle privée, ou bien des débutants consentent à se charger des visites scolaires pour le prix modique qui leur est offert. Les premiers se mettent vite au courant de l'inspection scolaire parce qu'ils s'y intéressent ; ils font des médecins scolaires parfaits. Les seconds abandonnent d'ordinaire cette

besogne peu lucrative dès que la clientèle leur arrive; ils n'ont pris à l'hygiène scolaire qu'un intérêt passager. Quant aux médecins officiels, leur temps est aussi limité que leur compétence; ils se spécialisent souvent, avec raison d'ailleurs, dans les questions d'hygiène municipale.

Il y a, en troisième lieu, la question des spécialistes et du traitement, questions que j'ai déjà touchées.

Le praticien général peut toujours renvoyer un enfant au spécialiste — oculiste, orthopédiste, dentiste,— lorsqu'il s'agit d'un cas spécial caractérisé. Mais ne doit-il pas savoir reconnaître l'état maladif latent, afin de prévenir le cas caractérisé, et faire, à cet effet, des recommandations que devront suivre maîtres et parents? Il y a aussi des maladies dites scolaires, que le praticien ordinaire ne connaîtra pas du premier coup : il faut ou une préparation spéciale ou une longue pratique. N'est pas médecin scolaire qui veut.

En Suisse une société d'hygiène scolaire très active porte tous les ans la bonne parole dans un autre canton. Les pédagogues et médecins suisses sont très au courant de ce qui a été fait ailleurs. Il semble, cependant, au dire des experts suisses, que l'institution n'est pas aussi parfaite qu'elle pourrait l'être. L'avantage pour les cantons d'avoir à s'occuper de populations relativement restreintes n'a pas assuré un progrès égal. Les cantons français paraissent moins arriérés que les cantons allemands ou italiens. Lausanne a fait le commencement en organisant un service qu'on dit excellent. A Genève, 12 médecins scolaires visitent les écoles et examinent les écoliers deux fois par an. A Neufchâtel, le médecin consacre une heure par semaine à la visite des locaux et une heure aux autres parties de son service, c'est-à-dire à la surveillance des élèves au point de vue de leur santé intellectuelle et physique. Zurich a un médecin scolaire qui

ne fait pas de clientèle. On le paie 5.000 francs. Il s'occupe de 23.000 enfants. A Bâle, le professeur d'hygiène de la Faculté de médecine est d'office médecin scolaire général. Il se fait aider par un adjoint qui touche 1.300 francs. Dans les autres cantons les médecins scolaires sont des praticiens civils qui s'occupent des écoles et des écoliers; ils font partie de la commission scolaire; leurs services sont rétribués selon le nombre d'élèves; les indemnités varient de 200 à 1.000 francs. Notons, encore, cette particularité : les médecins scolaires suisses sont tenus à faire au personnel enseignant des conférences sur l'hygiène scolaire, sur les maladies d'enfants et sur les premiers secours en cas d'accident.

En Suède, d'où sont partis les premiers appels pour des médecins scolaires dans le sens moderne, on s'est borné d'abord à examiner les élèves qui demandaient à être dispensés de la gymnastique. Ce n'est qu'en 1878 que la visite semestrielle des écoliers a été ordonnée.

La Norvège n'a généralisé la surveillance sanitaire des élèves par un médecin qu'en 1891. Avant, celle-ci était laissée au bon plaisir des communes. Actuellement les médecins officiels, c'est-à-dire les médecins fonctionnaires des municipalités préposés à la santé publique, examinent les élèves, inspectent les locaux, visitent les classes de dessin et d'écriture, assistent aux séances de gymnastique et de travaux manuels. Ils sont les conseillers attitrés des maîtres pour toutes les questions sanitaires, et trois fois pendant l'année scolaire, en mai, août et décembre, le maître et le médecin font leur rapport. Dans ce rapport figurent, à côté des faits courants, des observations sur l'influence *de l'école* et *de la maison* sur la santé des élèves, sur la fatigue, sur les maux de tête et sur les causes d'absences. Peut-être cette organisation n'est-elle pas sans avoir inspiré celle que vient d'adopter l'Angleterre.

En Angleterre, comme ailleurs, des voix autorisées ont dénoncé dans ces dernières années la dégénérescence physique de la race. On préconise comme remède la protection des enfants tant au point de vue de leur santé individuelle que des conditions dans lesquelles ils grandissent. L'administration a jugé le moment venu d'étendre, dans ce sens et sous une forme d'ensemble, les quelques mesures d'hygiène appliquées jusqu'ici dans les écoles primaires du Royaume, mesures qui étaient très complètes dans les grandes cités, à Londres par exemple, insuffisantes ou nulles dans les petites agglomérations et dans les campagnes. Ainsi fut déposé et voté au Parlement l'*Education (Administrative Provisions) Act* de 1907. Prudemment, l'administration qualifie cette mesure législative comme « un commencement à toute réforme, nécessaire pour recueillir des données générales et certaines ». On recommande de l'appliquer « d'après des lignes raisonnables », afin de faire comprendre aux parents et à la nation tout entière que la surveillance et l'inspection médicales des écoliers étaient une absolue nécessité

Ce sont les autorités scolaires locales qui organisent et exécutent l'inspection médicale dans leurs écoles. L'administration centrale les aide de ses conseils, examine et approuve leurs organisations, en contrôle la marche et communique les résultats au Parlement. Le premier devoir des autorités scolaires locales est donc d'appointer le personnel nécessaire à l'inspection des écoliers. Tout en les laissant libres au point de vue du choix de la personne et des moyens, l'administration centrale leur recommande fortement d'utiliser les organes existants de santé publique, c'est-à-dire les officiers de santé. La nouvelle création scolaire ne doit pas être en concurrence, mais en collaboration avec les organes de l'hygiène générale à laquelle veille, je l'ai dit, le Minis-

tère de l'Intérieur. Mais l'hygiène scolaire n'est-elle pas une partie de l'hygiène générale? Et les agents de cette dernière n'ont-ils pas déjà dans leurs attributions la surveillance des locaux scolaires et l'intervention en cas d'épidémie parmi les écoliers? Il convient d'éviter que l'officier de santé et le médecin scolaire se rencontrent. Cette rencontre serait d'un effet regrettable; elle paraît inévitable, non seulement dans l'inspection des locaux, mais parce que le médecin scolaire aura le *droit et le devoir de s'occuper aussi des conditions hygiéniques de l'écolier dans sa famille*, attribution sans laquelle l'examen et la surveillance à l'école manqueraient leur but. Or, la surveillance des logements, la nourriture, etc., bref l'hygiène des intérieurs est du domaine de l'officier de santé. L'Administration centrale scolaire est donc d'avis que les autorités de santé publique existantes aient la direction et la responsabilité de la surveillance médicale des écoles et des écoliers. Cela assurera l'unité du service, le facilitera et le rendra effectif au minimum de frais. Administrativement, cette combinaison est tout indiquée puisque les autorités locales politiques qui appointent l'officier de santé, et les autorités locales scolaires qui devront appointer le médecin scolaire, se confondent depuis 1902. Ainsi dans des districts de comté, le Conseil du comté, qui est à la fois la haute autorité locale politique et scolaire, devra mettre son officier général de santé publique à la disposition de sa commission des écoles. Ce fonctionnaire sera le chef responsable des médecins scolaires du comté, même si ceux-ci ne sont pas les officiers de santé divisionnaires, qu'on chargera de préférence du nouveau service, mais des praticiens civils, hommes ou femmes, spécialement appointés à cet effet. On espère que la nouvelle institution décidera certains comtés, qui n'ont pas d'officier général de santé, à en nommer un. Dans les municipa-

lités, qui sont également à la fois autorité sanitaire et autorité scolaire, l'officier de santé municipal dirigera le service, ainsi que le personnel existant ou à nommer. Dans les bourgs et districts urbains qui ont des autorités locales d'instruction primaire, le service scolaire devra être arrangé d'une façon similaire, individuellement ou en combinaison avec des districts ou bourgs contigus.

Bref, c'est le corps d'officiers de santé publique qui doit diriger la surveillance et l'inspection médicales des écoliers à l'école et dans leur famille, et c'est là un point qui doit être relevé, que ce soient ses subordonnés directs du service d'hygiène publique ou des praticiens, hommes ou femmes, pris dans le civil, qui exécutent la besogne. *Le service d'hygiène scolaire anglais formera une partie intégrale et fondamentale du service d'hygiène publique.* (*A suivre.*)

II. — Société des Médecins Inspecteurs des Ecoles de la Seine

Séance du Jeudi 15 octobre 1908

La séance est ouverte à 9 heures, sous la présidence de M. de Pradel, président.

Présents : MM. Biard, Butte, Cayla, Doury, Dubrueil, Dufestel, Gagnière, H. Gourichon, L. Gourichon, de Lauradour de Saint-Ouen, Méry, Parizot, Quennec, Recht, Yvon.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Le *Secrétaire Général* donne lecture des lettres d'excuses de nos confrères Gillet, Huguenin et Hamon.

Il donne lecture de la lettre par laquelle M. Gagnière se démet de ses fonctions de Secrétaire de la Société et de Secrétaire du bulletin *La Médecine scolaire*, en raison de ses occupations. M. Butte regrette vivement que M. Gagnière abandonne un poste de combat comme celui qu'il occupait.

Le *Président* exprime à M. Gagnière les remerciements de la Société et les regrets qu'il éprouve de cette retraite.

Le *Secrétaire Général* donne lecture d'une lettre de M. Parizot au sujet de l'honorariat des médecins inspecteurs. Le bureau a déjà discuté la question et décidé de faire les démarches nécessaires pour cette mesure; il reste seulement à fixer le temps au bout duquel l'honorariat pourra être accordé.

Le *Président* donne lecture d'un article du *Bulletin médical*, Séance de l'Académie de médecine du 13 octobre, dans lequel M. Widal émet le vœu que l'hygiène soit enseignée dans les écoles.

Ce vœu est conforme aux desiderata de la Société.

Le *Trésorier* demande la nomination de commissaires des comptes. L'assemblée désigne MM. Quennec et Yvon.

Le *Secrétaire Général* donne lecture de la lettre ci-dessous du Dr Gillet.

Mon cher ami et secrétaire général,

Il est peu probable que je puisse aller à la réunion. Excusez-moi donc et communiquez ce qui suit à nos collègues :

Au Syndicat des médecins de la Seine, je crois, et à une Société d'arrondissement (Dr Pelaprat), on a récriminé contre le règlement qui exige que tout élève absent plus de 4 jours ne puisse être à nouveau admis à l'école que sur certificat du médecin inspecteur, tout certificat autre restant nul et non avenu auprès de directeurs et directrices.

Cette mesure n'a rien qui puisse froisser nos confrères, c'est une mesure de sûreté qui permet de veiller aux fissures possibles.

Mais les faits répondent mieux que les théories. J'ai eu personnellement pendant la dernière année scolaire à refuser l'entrée à une fillette qui se présentait à moi en pleine desquamation. Elle me montrait cependant un certificat de confrère attestant qu'elle n'avait été atteinte que d'*indisposition*.

Ceci se passe de commentaires. Notre confrère aura probablement vu la fillette au début avec un peu de fièvre; on ne

l'aura pas rappelé ensuite et on lui aura soutiré un certificat, pensant qu'ainsi le tour serait joué.

Notre intervention a donc pleine raison d'être, ce qui n'était même pas à démontrer; mais il est bon que nos confrères comprennent notre rôle.

Avec mes meilleures amitiés.

H. Gillet.

M. Gagnière donne lecture de son travail sur les causes de l'épidémie de scarlatine et de rougeole à Paris et dans le département de la Seine et l'indication de quelques moyens destinés à y remédier. (Ce travail a été publié dans le n° 4 de la *Médecine scolaire*, p. 105.)

M. de Lauradour. — Comme notre collègue Gagnière, j'ai constaté, au cours d'une de mes visites dans une école, qu'une jeune fille, présentée par Mme la Directrice, était en période de desquamation si évidente, que M. le Délégué Cantonal présent, s'était écrié avant même que j'aie eu le temps de formuler mon avis : « Mais, Madame, cette enfant a la scarlatine ! » Mme la Directrice avait objecté qu'elle avait reçu l'enfant, sur la présentation d'un certificat du médecin de la famille, déclarant que cette enfant ne paraissait atteinte d'aucune maladie contagieuse. Certificat qui, je l'ai appris par la suite, avait été délivré de bonne foi, mais dont les parents n'avaient fait usage que plus tard. Après la visite du médecin, la desquamation avait dû être manifeste, ce qui n'avait pas empêché les parents de présenter l'enfant à l'école.

La conclusion de cette constatation, à mon avis, est que, *seuls* doivent être considérés comme valables, par les Directeurs, les certificats de guérison délivrés par les Médecins inspecteurs des Ecoles.

Une discussion s'engage sur ce sujet, entre MM. Cayla, Butte, de Pradel, Parizot et Recht. Tous les orateurs sont d'avis que, la responsabilité incombant au médecin inspecteur, il est indispensable que le contrôle soit fait par lui.

M. de Lauradour. — Je signale également, que j'ai constaté plusieurs cas de scarlatine, dont le foyer semblait être une école privée; sur ma demande la désinfection de ladite

école a bien été effectuée, mais à ma connaissance aucune inspection médicale n'a été prescrite; ce sont précisément ces écoles privées qui devraient être surveillées avec le plus de soin.

M. le *Président* fait observer qu'à Paris, les médecins inspecteurs visitent assez souvent les écoles privées, mais seulement lorsqu'ils en sont requis par l'administration.

M. de Lauradour. — Si, *en général*, des inspections ont lieu dans les écoles privées aussi souvent qu'il est nécessaire, il ne semble pas en être de même dans ma circonscription.

M. Butte signale la publication dans le dernier numéro du journal l'*Hygiène scolaire*, d'un article de M. L. Port, pharmacien honoraire, sur l'hygiène dans les écoles de Neuilly-Plaisance. A la suite d'épidémies de fièvres éruptives, la désinfection a été faite dans ces écoles à l'aide de l'aldéhyde formique et a donné les meilleurs résultats. Il serait désirable qu'on procédât de la même façon à Paris. Il est notoire que les désinfections y sont actuellement pratiquées dans des conditions fort défectueuses et qu'il est nécessaire que des réformes importantes soient faites dans ce service.

M. de Lauradour. — La désinfection telle qu'elle est pratiquée actuellement est défectueuse à deux points de vue. 1° Les pulvérisations antiseptiques respectent religieusement certaines régions contaminées, telles que les angles des meubles, les parties inférieures des pupitres, les surfaces des murs recouvertes par les cartes et les tableaux. 2° Elles ne sont prescrites qu'alors qu'un laps de temps s'est écoulé entre la dissémination des maladies et la constatation qui en est faite.

Il serait urgent de substituer à ce système imparfait et souvent tardif des désinfections préventives, *périodiques*, hebdomadaires, au moyen de *vapeurs* antiseptiques, de tous les locaux scolaires.

Ce qui n'empêcherait nullement des désinfections supplémentaires en cas d'épidémie.

M. Gagnière rapporte qu'ayant une école infectée de rou-

geole, il fit procéder à une fermeture momentanée et à une désinfection complète de l'école par la voie officielle. Lors de la réouverture des classes, l'épidémie ayant repris son cours, M. Gagnière fit faire la désinfection à l'aide des vapeurs de formol; l'épidémie disparut.

M. Méry est d'avis que la désinfection telle qu'elle est actuellement appliquée par les services de la ville de Paris est insuffisante. Il en a eu la preuve à l'hôpital des enfants malades, au pavillon de la diphtérie, où des enfants s'infectaient dans un box après une désinfection officielle. Ces faits ne se sont plus reproduits depuis qu'on a procédé à la désinfection par les vapeurs de formol.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Henri Gourichon, Dufestel, Quennec, Butte, de Pradel, le vœu suivant est proposé par M. Gagnière :

« *La Société des médecins-inspecteurs des écoles émet le vœu que la désinfection des classes soit faite tous les mois et plus souvent si cela est nécessaire par un procédé d'une valeur reconnue* (*vapeurs d'aldéhyde formique*) *et que les agents soient dressés spécialement à cet égard.* »

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

M. H. Gourichon rappelle à ce sujet que la désinfection par les vapeurs du formol a déjà été adoptée par le Conseil municipal pour la désinfection des livres.

Le *Secrétaire général* demande la nomination d'une commission chargée de préparer le prochain congrès international d'hygiène scolaire qui aura lieu à Paris pendant les vacances de Pâques de 1910.

Cette proposition est adoptée. Sont élus membres de cette commission, en dehors des membres du bureau qui en font partie : MM. Doury, Dubrueil, Hamon, Gagnière, Louis Gourichon, de Lauradour, Georges Lévy, Naïss, Parizot, Quennec, Recht, Yvon.

Un « Code de l'Inspection médicale scolaire pour Paris et le département de la Seine »

Après un court exposé de motifs qui sera repris et expli-

qué, s'il y a lieu, à la prochaine séance, *M. le Dr Parizot* dépose la proposition suivante :

La Société décide d'élaborer un « Code de l'Inspection médicale scolaire (— ou Code des Médecins Inspecteurs des Ecoles —) pour Paris et le département de la Seine, comprenant — provisoirement — quatre titres ou chapitres, énumérés ci-dessous, avec leurs paragraphes et subdivisions.

La matière en sera développée et discutée au cours des séances ultérieures, et suivant les indications de l'ordre du jour.

Si la Société le juge utile, un état des observations et faits recueillis sera dressé pour chaque arrondissement de Paris, ou canton de la Seine.

Titre ou Chapitre Premier

§ I. — Mode actuel de nomination des Médecins Inspecteurs des Ecoles.

Procédés d'installation par les Municipalités.

§ II. — Relations officielles et officieuses dans chaque arrondissement de Paris, ou canton de la Seine, entre les Médecins Inspecteurs et :

a) la Municipalité,

b) la Délégation cantonale,

c) incidemment — la Caisse des Ecoles.

Nota. — La Société fait appel à *tous* ses membres en vue d'obtenir sur ce premier chapitre, comme sur les suivants, les renseignements nécessaires.

Titre II

Inspection médicale proprement dite

a) Le médecin inspecteur en fonction dans ses Ecoles.

Diverses manières de procéder, avec détails tirés de la pratique de chacun.

b) Instruments courants indispensables pour une inspection utile. Lavabos et essuie-mains.

c) Le registre et les rapports de quinzaine.

Réponses au questionnaire administratif.

d) Fermeture d'une école ou d'un groupe scolaire en cas d'épidémie.

e) Relations avec les Directeurs et Directrices.

TITRE III

Services supplémentaires

a) Certificats de vaccin préliminaires, pour l'inscription à l'école.

b) Revaccinations. Rapports et certificats consécutifs.

Les listes nouvelles doivent-elles être conservées par les Directeurs?

c) Distribution de médicaments à l'Ecole.

d) Choix des colons.

e) Visites supplémentaires imposées en cas d'épidémie.

Visites dans les écoles privées.

TITRE IV

Rapports spéciaux

a) Extraordinaires, concernant l'état hygiénique *habituel* des locaux.

b) Annuels (non réglementaires), donnant un résumé succinct, à la fin de l'année scolaire, de l'état sanitaire de la circonscription et indiquant, pour chaque école, les décès survenus et leur cause — d'après déclaration faite aux Directeurs ou Directrices.

Leur utilité.

TITRE V

A prévoir, sera introduit ultérieurement

Ce projet de résolution est accepté; il sera porté à l'ordre du jour de la prochaine séance.

M. de Lauradour. — J'approuve les propositions du Dr Parizot et à ce propos je signale que dans les écoles maternelles de ma circonscription le menu de la cantine comporte une fois par semaine des saucisses indigestes. Pour éviter de pareilles erreurs, il serait désirable qu'un médecin inspecteur des Ecoles fît partie de droit de la Caisse des Ecoles de chaque arrondissement ou commune.

M. le Secrétaire général rappelle que ce vœu a déjà été porté à la connaissance du Conseil municipal dans le rapport de notre ancien collègue Cornet sur la réorganisation de l'Inspection médicale des écoles. Quant aux menus antihygiéniques des cantines scolaires, surtout dans les écoles maternelles, la question a été posée par M. Butte au dernier Congrès international d'hygiène alimentaire et à la ligue pour l'hygiène scolaire et déjà des améliorations ont été introduites dans bon nombre de cantines.

Quant au projet de M. Parizot, le Secrétaire général est d'avis qu'il offre un grand intérêt pratique et qu'il serait désirable qu'un grand nombre de nos collègues prissent part à sa discussion.

M. le Président. — Le projet de M. le Dr Parizot qui paraîtra dans le prochain numéro de la *Médecine scolaire* sera mis à l'ordre du jour de notre réunion de décembre.

La Séance est levée à 11 h. 10.

Le Secrétaire général,
Dr L. BUTTE.

Le Secrétaire,
Dr BIARD.

III. — Variétés et Nouvelles

Ecoles de scoliotiques. (Georg. MULLER, *Thérapie der Gegenwart*, déc. 1907.) — La création des médecins scolaires a eu pour résultat en Allemagne d'attirer l'attention sur les scolioses du début et a permis de les trier au milieu des autres enfants. Des médecins spécialistes orthopédistes choisis comme médecins scolaires furent alors institués, les enfants scoliotiques reçurent ainsi un enseignement de gymnastique orthopédique deux ou trois fois par semaine pendant une heure, c'était là un progrès déjà fort appréciable.

Mais le traitement de la scoliose exige des années; de nombreux orthopédistes demandent que l'enfant ne suive pas la classe pendant la cure; mais que deviendra donc l'élève

du collège qui sera obligé d'abandonner ses classes pendant deux ou trois ans?

L'auteur constate qu'avec un maître particulier, si on veille à tous les soins qu'exigent les scoliotiques, cette combinaison est encore acceptable. Mais elle ne lui paraît pas praticable pour la classe pauvre.

Aussi conseille-t-il d'élever une école pour scoliotiques; il préconise un pavillon d'école situé dans un parc bien ventilé et une salle de classe bien éclairée, percée de fenêtres sur une de ses faces, pouvant ouvrir largement sur le parc. Les pupitres peuvent être déplacés en hauteur. Le dossier des chaises est renversé et spécialement construit pour le redressement du dos et des épaules; les élèves sont peu nombreux.

Suivent des détails sur l'emploi du temps consacré aux exercices orthopédiques, à la classe, au régime alimentaire, etc.

(*Therapie der Gegenwart*, déc. 1907, et *Gaz. des hôpitaux*, 4 juin 1908.)

Athlétisme et études scolaires. — La pratique des exercices physiques a été, depuis quelque vingt ans, notablement développée dans la jeunesse des écoles; et il semble qu'on soit maintenant en mesure de répondre à cette question, posée tout d'abord : la pratique des exercices physiques a-t-elle eu une influence sur les aptitudes scolaires?

En réalité, des réponses fort contradictoires ont été fournies déjà à cette question. En 1889, à l'Université Yale, de l'examen du dossier de 2.425 étudiants, on concluait que les sportifs sont un peu en retard sur les non-sportifs; et à l'Université de Pensylvanie, on arrivait à la même conclusion.

Plus récemment, en 1906, observant dans des établissements anglais (Brighton Academy, Hebron Academy, etc.), M. Foster trouvait une infériorité de près de 7 p. 100 des sportifs sur les non-sportifs.

M. Phillips vient de reprendre cette question à Amherst College, et il trouve encore une différence de 4 p. 100 au détriment des sportifs.

Assurément, la différence n'est pas grande; mais elle est constante, et il faut en somme conclure tout contrairement

au président Hyde qui, il y a quinze ans, déclarait que les sportifs étaient aussi les meilleurs élèves.

Le diagnostic précoce de la tuberculose des ganglions bronchiques chez les enfants. (D'ESPINE.) — Chez l'enfant, les ganglions bronchiques sont toujours pris avant le poumon; d'où l'importance du diagnostic précoce de l'adénopathie trachéo-bronchique à cet âge. L'auteur met une fois encore en vue l'importance de la bronchophonie; en auscultant au stéthoscope la colonne cervicale, le retentissement exagéré de la voix se distingue de la bronchophonie, seule pathologique, en ce que cette dernière persiste seule au-dessous de la septième cervicale pour aller jusqu'à la cinquième dorsale, c'est-à-dire dans un espace correspondant à la région ganglionnaire post-bronchique. L'auteur décrit de même le chuchotement, analogue à la pectoriloquie aphone. La bronchophonie postérieure est d'autant plus intense que la matité est plus accusée. D'autres signes de l'adénopathie consistent en des zones de matité antérieures au niveau des articulations sterno-claviculaires ou du manubrium, coïncidant souvent avec un lacis veineux localisé; le souffle bronchique para-vertébral est un symptôme tardif; coïncidant avec un murmure vésiculaire normal superficiel, il facilite le diagnostic avec une affection pulmonaire. Ces constatations ont permis à l'auteur de conclure que la forme latente de la tuberculose des ganglions bronchiques sans lésions pulmonaires concomitantes est infiniment plus fréquente que ne le montrent les autopsies. Les ganglions bronchiques sont donc le réceptacle primitif et souvent unique de l'infection tuberculeuse chez l'enfant, fait contraire à la loi de Parrot. L'auteur soutient à ce propos l'origine intestinale de cette adénopathie. Le diagnostic d'une telle affection est singulièrement aidé par les notions précédentes, ainsi que d'ailleurs par la radiographie. Quant à son pronostic, il est aggravé du fait de la présence possible d'une lésion pulmonaire sous-jacente et aussi de l'âge tendre de l'enfant.

(*Tuberculosis*, mai 1907.)

Proposition de M. Landrin, conseiller municipal, tendant à l'exécution en régie du nettoyage et de l'entretien des peintures des écoles de la Ville sur le modèle du service de régie de l'Assistance publique. — Messieurs, il n'est pas un de nous qui n'ait à se plaindre du mauvais entretien de nos écoles. Les réclamations sont nombreuses et viennent de tous les quartiers de Paris.

Ce qui frappe surtout c'est leur malpropreté. Là où les règles de l'hygiène devraient être scrupuleusement observées, on paraît n'en pas tenir compte.

Le personnel de service s'use à la peine sans obtenir de résultats. Comment pourrait-il tenir propres des lambris vermoulus, des planchers disjoints, des murs d'où la couche de peinture a disparu depuis longtemps, des plafonds qui s'écaillent et dont les débris menacent de tomber sur la tête des enfants.

Les appartements des directeurs ne sont pas mieux traités, et certaines loges de concierges sont dans un état qui est une honte pour la ville de Paris.

Certes, les crédits mis à la disposition de l'Administration sont insuffisants, mais encore sont-ils utilisés de façon à rendre le maximum ?

En ce qui concerne le nettoyage et l'entretien des peintures — dont nous voulons seulement nous occuper dans cette proposition — nous répondons : non.

Le plan de campagne de grosses réparations et d'entretien nous est toujours soumis trop tard, dans les derniers jours de la session d'été. Il en résulte que, lorsqu'à force de réclamations l'un de nous obtient la réfection des peintures d'une de ses écoles, le travail est généralement exécuté vers la fin des grandes vacances. On a vu quelquefois les ouvriers venir se mettre à l'œuvre le jour même de la rentrée des classes.

Il faut alors faire en quelques jours ce qui exigerait des semaines pour être bien exécuté. Ainsi le nettoyage qui devrait précéder le travail de peinture est mal fait, parfois, il ne l'est pas du tout. Certains de nos collègues ont pu

constater dans des écoles nouvellement repeintes que, sur des planchers, la poussière n'avait même pas été enlevée.

Trop souvent la peinture employée est de mauvaise qualité et là où il devrait y avoir deux ou trois couches de peinture on n'en a passé qu'une, parfois même avec l'autorisation des services compétents. Aussi, peu de temps après, il faudrait recommencer le travail, car l'école est dans le même état qu'auparavant.

Si tout cela tient en partie à la rapidité avec laquelle on fait exécuter ces travaux, notre pernicieux système d'adjudication en est la cause principale. Pour être adjudicataire, les entrepreneurs se font une concurrence effrénée et, presque toujours, c'est sur des rabais scandaleux que l'adjudication est prononcée quelquefois à plus de 50 %.

Ne voulant pas perdre d'argent, cherchant même à avoir un bénéfice, c'est sur la main-d'œuvre et la qualité du travail que l'entrepreneur se rattrape. Alors le sabotage se fait largement et ce ne sont pas les ouvriers qui en sont responsables.

Y a-t-il un remède à cela? Certainement oui, et nous n'avons pas à aller bien loin pour le trouver. L'exemple à suivre est dans un de nos services. C'est l'Assistance publique qui nous le procure.

Là les travaux d'entretien de peinture dans les hôpitaux et hospices sont exécutés en régie. Ce système y fonctionne depuis de longues années, il a fait ses preuves et l'on s'en trouve bien.

Pourquoi ne l'établirions-nous pas pour nos écoles?

Il faut bien remarquer qu'il ne s'agit pas de créer de nouveaux fonctionnaires, ce n'est pas le cas.

Un directeur de la régie de peinture embaucherait des ouvriers traités aux mêmes conditions qu'à l'Assistance publique, pour la durée des travaux, comme cela a lieu chez les entrepreneurs.

Alors, plus de coulage, plus de produits inférieurs employés, le travail exécuté comme il convient sous la surveillance active et incessante du directeur de la régie, responsable devant l'Administration.

De cette façon, les crédits étant votés en fin d'année, on pourra se mettre à l'œuvre dès le début de l'année suivante. Pour les grands travaux d'entretien on a les huit semaines des grandes vacances et les dix jours des vacances de Pâques qui seraient utilement employés. En dehors de ces périodes, il est bien des travaux de peintûre qui peuvent être exécutés pendant l'année scolaire. D'abord, les travaux extérieurs, et puis il est toujours possible de placer provisoirement les enfants d'une classe soit dans le préau, soit dans les classes voisines s'il s'agit des tout jeunes élèves.

Enfin ces difficultés ne sont pas insurmontables et ne sont pas comparables aux déboires que nous donne le système des adjudications.

En demandant le renvoi de notre proposition à la 4e Commission, nous lui demandons de ne pas se contenter d'un renvoi banal à l'Administration, mais d'étudier ce projet, de s'inspirer du fonctionnement de la régie de peinture à l'Assistance publique et de présenter au Conseil municipal un rapport favorable.

Notre proposition est ainsi conçue :

« Le Conseil
« Délibère :

« Article premier. — L'Administration est invitée à organiser pour le nettoyage et l'entretien des peintures des écoles de la Ville un service en régie en s'inspirant de celui qui fonctionne à l'Assistance publique.

« Art. 2. — Les ouvriers employés à ce service, qui ne peut fonctionner uniformément toute l'année, n'auront pas droit à la titularisation; ils seront traités comme salaire et durée de la journée de travail comme ceux de la régie de peinture de l'Assistance publique (1908, C.).

« Signé : LANDRIN. »

Renvoyée à la 4e Commission.

(Conseil municipal de Paris. — Séance du 28 octobre 1908.)

Série de Conférences de Médecine et Pédagogie organisées par la Ligue des Médecins et des Familles à l'Ecole des Hautes Etudes sociales (16, rue de la Sorbonne), sous la présidence de M. le Dr MATHIEU, *les Jeudis, à 5 h. 1/2. — Année 1908-1909.*

1. Rapport de la médecine et de la pédagogie (12 novembre).	le Dr Mathieu, médecin des hôpitaux.
2. Formation et choix des médecins scolaires (19 novembre).	le Dr Gillet, médecin inspecteur des écoles.
3. Le médecin dans les internats (26 novembre, discussion, 3 décembre).	le Dr Méry, médecin des hôpitaux.
4. Les anormaux temporaires (10 décembre).	le Dr Le Gendre, médecin des hôpitaux.
5. Prophylaxie de l'insociabilité par la sélection scolaire (17 décembre, discussion, 24 décembre).	le Dr Granjux.
6. La morale sexuelle à l'école (7 janvier).	M. Malapert.
7. Prophylaxie des maladies vénériennes à l'école (14 janvier, discussion, 21 janvier).	le Dr Butte, médecin inspecteur des écoles.
8. Enseignement des questions de physiologie sexuelle à l'école (28 janvier, discussion, 4 février).	le Dr Doléris, médecin des hôpitaux.
9. Condition d'un bon développement physique (11 février, discussion, 18 février).	le Dr Dufestel, médecin inspecteur des écoles.
10. Les maladies de la croissance (25 février).	le Dr Guinon, médecin des hôpitaux.
11. Le mobilier scolaire (4 mars).	le Dr Dinet.
12. Prophylaxie des maladies chroniques à l'école (11 mars).	le Dr Boulloche, médecin des hôpitaux.
13. Prophylaxie des maladies aiguës à l'école (25 mars).	le Dr Triboulet, médecin des hôpitaux.

Laboratoire d'Hygiène scolaire, Musée de l'Enseignement public, 41, rue Gay-Lussac. — Conférences et démonstrations pratiques. — *Les Jeudis, à 4 h. 1/2, Salle de Géographie. — Année 1909.*

Dr H. Méry, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Directeur du Laboratoire, 14 janvier. — *La préservation scolaire contre la tuberculose.*

21 janvier. — *Examens d'enfants. Discussion.*

Dr de Pradel, Médecin inspecteur des Ecoles, 28 janvier. — *De la collaboration de l'instituteur et du médecin inspecteur dans la pratique de l'hygiène à l'école et dans l'enseignement de l'hygiène aux écoliers.*

4 février. — *Discussion. Présentation de documents.*

Dr L. Butte, Médecin Inspecteur des écoles, 11 février. — *Les maladies du cuir chevelu chez l'écolier.*

18 février. — *Discussion. Présentation de moulages.*

Dr L. Dufestel, Médecin Inspecteur des écoles, 25 février. *Les mensurations anthropométriques.*

4 mars. — *Présentation d'appareils. Applications.*

Dr A. Mathieu, Président de la Ligue d'Hygiène scolaire, 11 mars. — *La dyspepsie des écoliers.*

Dr J. Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux. — 18 mars. — *Les régimes alimentaires au point de vue pratique. Menus d'internat et de cantines scolaires.*

IV. — Bibliographie

Puériculture et hygiène infantile. — Conférences sous la présidence de M. Georges Lyon, recteur de l'Académie de Lille, et Th. Barrois, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lille. 1 vol., in-16, 2 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Sous ce titre viennent d'être réunies cinq conférences faites à Lille par des professeurs de la faculté de médecine devant un auditoire composé du personnel enseignant et de grandes élèves des établissements féminins d'éducation secondaire de l'Académie du Nord.

Voici les titres de ces conférences avec les noms de leurs auteurs.

services, il semble opportun d'envisager de quelle façon la revaccination pourrait s'effectuer dans les écoles.

Dans sa séance du 18 janvier 1906, la Société des médecins inspecteurs des écoles de la Ville de Paris a discuté et adopté un rapport scientifique sur les deux questions du mode de vaccination et du mode de statistique de revaccination.

Comme mode de statistique, elle adoptait de compter comme résultats positifs toute éruption locale, quelque minime qu'elle fût, et de ranger les constatations sous deux rubriques : vaccine, vaccine modifiée.

Pour le mode de vaccination, la Société se rangeait à l'avis que seule la *vaccination à l'aide de tube de pulpe glycérinée représentait, dans l'état actuel de nos connaissances, la méthode la plus favorable.* On ne peut penser en effet que la Ville de Paris continue à faire pratiquer la vaccination directe de l'animal à l'homme, de pis à bras, lorsque les données scientifiques présentent cette manière de faire comme la plus défectueuse.

On s'étonne même que l'Administration assume encore la responsabilité d'employer un vaccin qui n'a pas été contrôlé par l'autopsie de l'animal et par l'essai préalable de la virulence, comme les règlements et, en particulier, l'art. 3, § 1er, du décret du 27 juillet 1903, l'imposent aux producteurs de vaccin comme conditions d'autorisation.

L'administration publique se fait donc complice de cette violation des prescriptions du décret.

Jusqu'ici la Société s'en était tenue à l'étude de la partie scientifique de la question, parce qu'il lui semblait qu'en s'appuyant sur ces bases scientifiques le fonctionnement des revaccinations dans les écoles lui apparaissait d'une très grande simplicité.

Comme dans certains milieux, cependant bien intentionnés, mais peut-être pas assez documentés au point de vue pratique (pas un seul représentant de l'inspection médicale n'a été appelé à renseigner les commissions), le problème s'est un peu embrouillé, il n'est pas mauvais de traiter avec quelques détails cette question du fonctionnement des revaccinations dans les écoles.

Actuellement encore, la revaccination annuelle dans les écoles prend l'allure d'un véritable événement : mobilisation des élèves sur un point central de l'arrondissement, garçons à telle heure, filles à telle autre heure, transport de la génisse vaccinifère, rendez-vous de tous les vaccinateurs, etc.

Le jour où l'on s'en tiendra à la méthode vraiment scientifique de revaccination de tube à bras, toute cette mise en scène s'évanouira et la revaccination dans les écoles s'effectuera sans qu'on s'en aperçoive, sans tam-tam. Chaque médecin inspecteur assurera les revaccinations dans les écoles dont il est chargé.

D'après M. le D[r] Guibert, conseiller municipal (1), dans chaque circonscription d'inspection médicale, on pourrait compter environ 150 élèves de 10 ans révolus à revacciner, mettons 200 même. Cette quantité répond vraisemblablement à la réalité. Cette année, dans une circonscription très chargée, 1.500 élèves (1 groupe scolaire complet plus 2 écoles de garçons), il y a eu, en chiffres ronds, 300 revaccinations.

Ce nombre d'inoculations pourra se pratiquer sans nécessiter aucun apparat de séance extraordinaire.

Du reste il y a chaque année une bonne portion d'élèves inutilement vaccinés, ce sont ceux revaccinés antérieurement, avec succès d'ailleurs, mais qui ne

(1) Commission de surveillance et de perfectionnement du bureau d'hygiène de la Ville de Paris, séance du 19 octobre 1908.

peuvent présenter un certificat. L'inspection des bras permet difficilement de pouvoir affirmer ce résultat positif d'une façon rétrospective. Un registre bien tenu dans chaque école rendrait possible la délivrance de duplicata. Actuellement certains directeurs gardent leur liste au moins durant toute l'année scolaire.

Comme dans certains pays l'administration pourrait peut-être se contenter d'exiger le certificat de vaccination et de revaccination sans faire procéder elle-même par ses médecins à l'opération. Des élèves qui fréquentent l'école, les uns appartiennent à des familles suffisamment aisées qui ont leurs médecins auxquels ils doivent s'adresser; les autres, de parents nécessiteux ou indigents, pourraient avoir au bureau de bienfaisance et dans les dispensaires d'enfants toutes les facilités possibles pour se faire vacciner.

C'est une éventualité à considérer pour l'avenir que cette suppression de la revaccination dans les écoles. Mais une conduite aussi radicale pécherait aujourd'hui par exagération et bien que cette suppression nous épargnerait une besogne, nous ne la réclamons point.

Il faut encore que personne n'ait d'excuse valable à ne se point faire vacciner. Entre les maladies contagieuses, la variole compte parmi les rares qui possèdent un remède préventif, certain, éprouvé par plus d'un siècle de pratique victorieuse. Il faut le répandre à profusion.

Mais de ce qu'il faut conserver ce service, il ne s'agit pas de le compliquer inutilement, chaque médecin inspecteur peut suffire à pratiquer les revaccinations nécessaires dans sa circonscription et suffire à en constater les résultats, constatation dont il s'acquitte actuellement, sans aucun aide ni *contrôleur spécial.*

Le problème se résout donc de lui-même. Pour le bon fonctionnement de cette partie du service, il reste

à savoir comment le médecin inspecteur s'approvisionnera de vaccin.

L'administration fera les frais de vaccin, cela va de soi; mais d'où proviendra le vaccin? Le médecin inspecteur fera-t-il, au nom de l'administration, une commande à l'institut vaccinal qui aura sa préférence ou acceptera-t-il le vaccin que l'administration se sera procurée elle-même?

Aucune raison capitale ne fait pencher vers l'une ou l'autre solution, tous les instituts étant réglementés.

Toutefois si l'administration se fournit de vaccin sans l'intermédiaire du médecin, celui-ci devra, malgré tout, réserver son droit de critique, de refus au besoin, si le vaccin administratif lui paraît manquer des qualités essentielles requises et, dans ces conditions, si l'administration signe des traités, elle devra insérer des clauses de résiliation sérieuses en cas de défectuosités.

En résumé, on peut condenser en quelques propositions le fonctionnement simple des revaccinations dans les écoles d'après les données exposées ci-dessus.

1° Au commencement de chaque année scolaire, les élèves des écoles qui, par leur âge, sont obligés à la revaccination seront avertis officiellement d'avoir à fournir dans un délai de 3 semaines un certificat constatant qu'ils se sont soumis à cette opération pratiquée par un *médecin* au choix de leurs parents.

2° Les élèves qui n'auraient pas fourni le certificat demandé, pour quelque cause que ce soit, seront revaccinés par le médecin inspecteur. Les parents seront prévenus de cette obligation.

3° Le médecin inspecteur fixera, après entente avec le directeur et l'administration, le jour et l'heure où il pratiquera les revaccinations.

4° Pour les revaccinations le médecin inspecteur recevra de l'administration la quantité de vaccin nécessaire.

5° Le médecin inspecteur consignera sur un registre spécial les résultats des revaccinations et délivrera un certificat aux élèves chez lesquels le vaccin aura donné un résultat positif.

---

2. — Les moyens d'enrayer la tuberculose à l'école primaire

par le Dr Dufestel
Médecin inspecteur des Écoles de Paris.

Nous avons, cette année, avec l'autorisation de M. Bedorez, directeur de l'enseignement, et grâce à la bienveillance de Mlle Saffroy, l'inspectrice primaire, continué les recherches que nous avions commencées l'an dernier avec le précieux concours de M. le Dr Mery, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôpital des Enfants Malades (voir *Archives de Médecine des Enfants*, mai 1908, n° 5. Paris, Masson), sur les moyens d'enrayer chez les enfants prétuberculeux le développement de la terrible maladie.

Nous voulions rechercher le nombre d'enfants qu'il était possible d'améliorer ou même de guérir, en les laissant dans leur famille, et en utilisant les seules ressources dont nous pouvions disposer à l'école.

Nous désirions, de plus, connaître la proportion d'enfants prétuberculeux sur lesquels nous n'avions aucune action efficace et que seules les Écoles de plein air pouvaient améliorer. On sait qu'on a créé, pour les enfants prétuberculeux, des *Écoles dites de plein air* qui ont donné des résultats très appréciables. L'*École de la forêt* de Charlottenbourg, près de Berlin, qui ne comprend que des externes, et les Internats de Zurich et de Mulhouse, et, plus récemment, celui de Lyon, ont montré que le seul moyen d'enrayer la tuberculose

chez les enfants à la période de germination c'était de les faire vivre au grand air en pleine campagne. — Le rapport que vient de nous communiquer le Dr Paul Vignes sur le fonctionnement en 1908 de l'Ecole du Vernay créée par la municipalité lyonnaise est tout à fait concluant.

Le danger est grand, en effet, et il préoccupe à juste titre les pouvoirs publics et les amis de l'École. L'Alliance d'Hygiène sociale, que préside M. Léon Bourgeois, recherche les moyens pratiques de réaliser ces Écoles, et M. Edouard Petit, le dévoué rapporteur de la question, s'y emploie de son mieux.

L'an dernier, nos recherches n'avaient porté que sur les enfants de deux classes, cette année, nous avons pu les étendre à toutes les jeunes filles de l'École de la rue du Télégraphe, 29.

Cette école, située dans le XXe arrondissement, sur le point le plus élevé de Paris, est fréquentée par des enfants d'ouvriers ou de petits commerçants. Le quartier est vaste et relativement peu peuplé. Les maisons à étages y sont plutôt rares, on y rencontre encore quelques jardins.

La directrice de l'école, Mme Girardeau, et ses adjointes, comprenant l'intérêt de nos recherches, nous ont facilité notre tâche et ont été pour nous de précieuses collaboratrices; nous tenons à les en remercier particulièrement.

L'école comprend 10 classes. Il n'y existe pas de cours complémentaire. Les enfants y ont de 6 à 13 ans. Toutes les jeunes filles qui y ont consenti ont été examinées au point de vue de l'état de leurs poumons par M. le Dr Mery, assisté des anciens chefs de clinique du professeur Grancher, MM. Armand Delille, Zuber et Hallé. 447 enfants furent ainsi auscultées en plus de vingt séances, sur lesquelles 115 furent retenues

comme présentant des troubles respiratoires divers.

Disons tout de suite que, sur ces 115 fillettes, une avait de la dilatation bronchique sans lésion tuberculeuse, et que cinq ne furent gardées que parce qu'elles ne savaient pas respirer.

109 présentaient des symptômes divers permettant de les classer parmi les *prétuberculeuses,* soit une proportion de 24,38 °/₀, presque un quart.

Ce pourcentage peut paraître très élevé au premier abord, mais il faut se rappeler que nous sommes dans un quartier pauvre, au milieu d'une population ouvrière, et que, de plus, nous avons affaire à des filles qui, d'après les examens du professeur Grancher, donnent une proportion plus considérable que les garçons.

Une fiche complète de santé fut établie à chacune de ces enfants.

Nous avons invité les parents à venir nous voir pour leur exposer le résultat de l'examen et pour obtenir des renseignements sur les antécédents héréditaires et les maladies antérieures des jeunes filles. Nous avons, au début et à la fin de l'année, noté le poids, la taille et les périmètres du bras et du mollet, puis les périmètres du thorax sous l'aisselle et au niveau de l'apophyse xyphoïde, en ayant soin d'inscrire la différence entre l'inspiration et l'expiration.

La capacité vitale fut enregistrée au spiromètre. Pour compléter les renseignements recueillis par M. le Dr Méry sur l'état des poumons et les adénopathies du médiastin, nous avons recherché les lésions des autres organes (cœur, circulation veineuse périphérique, foie, etc.), puis l'état du squelette (scoliose, coxalgie, genu valgum, etc.), les hypertrophies, ganglionnaires du cou, de l'aisselle ou de l'aine, et les végétations adénoïdes; nous avons observé les troubles de la vue et de l'ouïe,

en un mot, nous avons constitué à chacune des 115 enfants, une véritable observation médicale aussi complète que possible.

Disons, en passant, que, sur ces 115 jeunes filles, nous avons trouvé 38 cas de scoliose à des degrés divers.

Pour intéresser les parents à nos recherches, nous avons remis à chaque enfant un ticket sur lequel le poids et la taille étaient inscrits automatiquement. La plupart les conservèrent avec soin. M. Mery a pratiqué l'ophtalmo-réaction du professeur Calmettes sur 67 de ces enfants, et il a donné les résultats de ce contrôle du diagnostic clinique dans une communication faite à l'Académie de médecine le 7 décembre 1908; nous n'y reviendrons pas.

Voici, en résumé, les résultats de l'examen clinique des organes de la respiration chez ces enfants.

Dix jeunes filles présentaient des lésions pulmonaires évidentes (1er degré de Laennec), soit une proportion de 2,23 °/₀. Ce n'étaient plus des *prétuberculeuses* mais des *tuberculeuses avérées*. Deux présentaient des craquements; chez les autres il y avait outre une inspiration dissemblable, une augmentation des vibrations vocales, de la submatité et une expiration prolongée, symptômes d'un état inflammatoire pulmonaire déjà avancé. *Mais aucune de ces enfants ne présentait de lésions contagieuses pour l'entourage.*

Les 99 autres accusaient une inspiration dissemblable accompagnée le plus souvent du signe de d'Espine.

L'inspecteur de la gymnastique et Mme Lamy, l'inspectrice, répartirent les enfants en trois séries. Deux faisaient leurs exercices de 3 heures 1/2 à 4 heures avec deux professeurs différents, c'étaient les élèves des cours élémentaire et moyen qui réglementairement avaient droit chaque jour à une demi-heure de gymnastique. La troisième série comprenant les élèves des cours

supérieurs fut gardée après la classe, de 4 heures à 4 heures 1/2. Pour ces dernières jeunes filles nous avons envoyé une circulaire à tous les parents pour avoir l'autorisation de conserver les enfants après l'heure réglementaire.

Cette organisation permettait de n'entraver en rien le travail ordinaire de la classe.

Les cours furent confiés à Mlle Lamiable, le distingué professeur de gymnastique qui depuis plusieurs années nous a prêté son précieux concours, et à sa collègue Mme Zimmer. Ces maîtresses se prodiguèrent pour arriver au but proposé : l'amélioration de l'état pulmonaire des enfants et l'augmentation de leur capacité vitale.

La municipalité du XX[e] arrondissement, à la tête de laquelle se trouve son maire, le dévoué M. Chassin, et le Conseil d'administration de la Caisse des Ecoles voulurent bien s'intéresser à ces expériences et sur notre demande faire donner 50 grammes de viande de cheval, crue et pulpée, aux fillettes en surveillance qui prenaient le repas de midi à la cantine de l'école. La directrice fit en conséquence modifier le menu et ajouter du bouillon les jours où les aliments ne permettaient pas l'adjonction de la viande crue.

Ce supplément alimentaire quotidien fut accepté avec plaisir par toutes, sauf par une fillette dont on ne put vaincre la répugnance et pour laquelle nous ne pûmes insister.

Ainsi donc, grâce à la collaboration de tous, nous pensions être dans les meilleures conditions de succès pour nos recherches.

Nous aurions désiré que, pendant une demi-heure, chaque jour, en plein air, à moins que le temps ne fût trop mauvais, les enfants exécutassent des exercices respiratoires variés. Ils sont nombreux les exercices qui dilatent le poumon et forcent l'enfant à faire une inspi-

ration aussi complète que possible. Nous aurions voulu y voir ajouter les mouvements préconisés par le Dr Marage qui augmentent si rapidement la capacité vitale ainsi que le saut et la course. Il nous semblait facile de rompre la monotonie de ces leçons en variant les exercices et en y intéressant les enfants.

Mais il paraît que le règlement s'y opposait et que, pour ces enfants qui, en somme, étaient des *malades*, il n'était pas possible de déroger au règlement. L'inspecteur de la gymnastique ne pouvait modifier en rien les exercices habituels !

Les maîtresses furent obligées d'appliquer le programme et de faire exécuter les exercices dans l'ordre imposé, toujours le même. Cette gymnastique monotone rebutta quelques jeunes filles qui suivirent très irrégulièrement ou même quittèrent le cours, malgré les conseils et les exhortations amicales des professeurs.

Aucune des enfants atteintes de scoliose ne fut améliorée. Les déformations vertébrales ne subirent pas de modification appréciable.

Heureusement que le mouvement respiratoire du manuel fut exécuté le plus souvent possible et que les dévoués professeurs de gymnastique, comprenant l'intérêt de ces expériences et nous secondant de leur mieux, purent ainsi obtenir des modifications sérieuses dans le système respiratoire et dans l'augmentation de la capacité vitale des élèves. M. Mery revint en juin avec le Dr Armand Delille, qui a été pour nous un actif collaborateur, ausculter les enfants.

Elles furent de nouveau pesées et mesurées complètement. Toutes les mensurations d'octobre furent reprises et comparées les unes aux autres. Nous laissons volontairement de côté les résultats des examens anthropométriques, nous ne nous occuperons ici que des modifications obtenues dans l'état des poumons.

Pendant le cours de l'année, une enfant malade du premier degré classique avait été, sur nos conseils, envoyée à la campagne par ses parents. Deux dans le même cas furent adressées au sanatorium d'Hendaye par M. Mery et enfin une quatrième dont le père était tuberculeux fut admise à l'œuvre de préservation fondée par M. Grancher.

On voit que nous n'avons pas cherché à garder les enfants, mais au contraire à leur rendre le maximum de services possibles.

Une fillette est morte dans le cours de l'année de méningite tuberculeuse; enfin un certain nombre, par suite des changements fréquents de domicile des parents, avaient quitté l'école. Il nous restait en juin 84 enfants ayant suivi à peu près régulièrement les cours de gymnastique.

Voici les résultats obtenus :

	Total	Guéries	Améliorées	Aggravées	Etat stat.	Ecole de pl. air.
Malades au 1er degré.	7	0	3	0	4	7
Malades à la période de germination.....	77	25	27	1	24	9

L'enfant dont l'état s'est aggravé est une fillette de 11 ans, J. N., qui n'a pas participé aux exercices de gymnastique parce que sa mère lui faisait garder ses petits frères. Elle n'est venue qu'au début et a cessé presque immédiatement. A l'examen d'octobre 1907 on trouvait simplement une légère rudesse de la respiration au sommet gauche et, en juin 1908, l'inspiration était devenue rude sous la clavicule gauche avec une inspiration et une expiration soufflante en arrière dans la fosse sous-épineuse, accompagnée de bronchophonie et du signe de d'Espine. Cette fillette, non soignée, avec une hérédité chargée (sœur aînée tuberculeuse, frère mort de coxalgie), qui n'avait au début que des symp-

tômes légers, n'est plus justiciable actuellement que de l'école de plein air.

- Des 7 malades au premier degré, 3 sont améliorées dont une très sérieusement et 4 sont restées stationnaires.

Sur les 77 prétuberculeuses à la période de germination, 25 peuvent être actuellement considérées comme guéries, car on n'observe plus chez elles de différences appréciables de la respiration et l'état général est satisfaisant; 27 sont améliorées et 24 sont stationnaires. Parmi ces dernières, 9 dont les symptômes locaux joints à un mauvais état général sont restés les mêmes, ne nous paraissent devoir guérir que dans une école de plein air.

En résumé :

Sur 84,	25	sont	guéries,	soit	29,76 %
	30	—	améliorées,	—	35,71 %
	28	—	stationnaires,	—	33,33 %
	1	est	aggravée.		

Nous avons donc été utiles, malgré les conditions défectueuses des exercices respiratoires, à 58 enfants, soit à 69,04 %.

Nous aurions certainement augmenté cette proportion si nous avions pu faire exécuter à ces enfants des exercices en rapport avec leur état de santé.

Pour l'école de plein air nous en avons noté 16 enfants, 7 au premier degré et 9 dont l'état général joint à l'état pulmonaire n'ont rien gagné aux exercices et à la suralimentation.

A ces enfants il faut ajouter les 3 jeunes filles parties à la campagne pendant l'année sur nos conseils. Soit 19 au total, ce qui sur 447 donne une proportion de 4,25.

Il y a donc 4 à 5 enfants sur 100 qui ont besoin pour guérir d'être envoyées à la campagne.

Pour les autres, et c'est là une considération très

consolante, des exercices de gymnastique respiratoire, une alimentation plus substantielle et aussi une amélioration du logement paternel pourront amener la guérison des lésions constatées.

Ces recherches montrent la nécessité de l'*examen individuel de l'écolier*. Il faut, dans les grandes villes, que chaque enfant subisse un examen médical complet et que la Société lui donne, lorsque les parents ne peuvent le faire, les moyens de vivre et de devenir un être utile et non un malade à charge à lui-même et à son entourage.

Il faut que la Ville de Paris organise rapidement cet examen médical et qu'elle crée, à l'exemple de Lyon qui l'a devancée, des *Écoles de plein air* pour ces enfants déshérités qui sont condamnés à une mort rapide si on les laisse dans leur milieu où ils constituent des foyers de contagion pour leur famille.

Il est aussi indispensable que le médecin scolaire dirige l'éducation physique de ces enfants, qui sont des *malades* et qu'il ordonne pour eux des exercices appropriés à leur état.

C'est à notre avis l'un des moyens les plus propres à enrayer la tuberculose, cette affection si terrible et qui chaque année produit dans les rangs des jeunes Français de si terribles ravages.

---

3. — L'institution des médecins scolaires à l'étranger (1)

par M. V. H. Friedel.

(suite et fin)

Mais là ne se bornent pas les recommandations du

(1) Nous sommes heureux de pouvoir reproduire avec l'assentiment de l'auteur et grâce à l'amabilité de M. Sabatié, directeur de la *Revue Pédagogique*, les bonnes pages d'une conférence faite le 25 juin 1908 au Laboratoire d'Hygiène scolaire du Musée pédagogique, par M. V. H. Friedel, l'aimable bibliothécaire de cet établissement.

N. D. L. R.

Board anglais. La collaboration du personnel enseignant est très désirable. Les maîtres peuvent fournir aux médecins des renseignements sur les écoliers; ils peuvent même assumer une partie de l'inspection; ils peuvent toujours veiller à l'application efficace des prescriptions faites par l'expert. La « school-nurse », c'est-à-dire une sorte de diaconesse d'école, s'il en existe une, et le « visiteur de santé » (*health visitor*) sont également des collaborateurs très précieux en ce qu'ils visitent les enfants dans leurs homes, les nettoyent, appliquent ou font appliquer les recommandations des médecins, donnent des conseils aux parents. L'emploi de ces « school-nurses » surtout est recommandé aux autorités scolaires; elles rendent de réels services à peu de frais. Là aussi, vis-à-vis du maître, de la school-nurse ou du « visiteur », l'officier de santé publique est le chef dirigeant et responsable. Enfin, on fera comprendre aux parents que si l'Etat intervient, ce n'est pas pour les dispenser de veiller eux-mêmes à la santé de leurs enfants, mais pour leur faire comprendre combien ils en sont responsables. La nouvelle loi veut que tous les écoliers primaires sans exception soient examinés et surveillés, non pas seulement les malades et les suspects. On veut ajouter à l'inspection périodique, à l'hygiène des bâtiments, à la prévention des maladies contagieuses le complément du contrôle systématique de *toute la vie personnelle et domestique de l'enfant.* « Le home est le point où la santé doit être contrôlée en dernier lieu », dit la circulaire du Board. Cette innovation est de toute importance.

L'organisation pédagogique dans les programmes et méthodes tirera de cet examen général de tous les enfants des indications précieuses pour des améliorations possibles et désirables. Ce qu'on veut obtenir, en dernier lieu, c'est assurer la vie saine à la nation. Voici

maintenant quelques détails sur la manière dont devra fonctionner le service.

Le degré et la fréquence des visites médicales dépendront de l'appréciation des autorités locales. L'Administration centrale n'indique qu'un minimum auquel doit satisfaire chaque école qui demande ou reçoit la subvention du Parlement. Ainsi le médecin s'informera à l'examen médical d'entrée ou à la première visite qui suivra, des maladies antérieures de l'enfant; il tâchera surtout de savoir si l'enfant a fait une maladie contagieuse; de l'état général (hauteur, poids, nutrition, propreté, vêtements et chaussures); de l'état de la gorge, du nez, des organes de la parole; des maladies d'yeux et de la vision; des maladies d'oreilles et de l'ouïe; de l'état des dents et de la bouche; de l'état pathologique actuel (rachitisme, déformations, maladies de cœur, etc...) qui rendent l'enfant incapable de suivre les classes en partie ou en totalité. Les médecins se guideront sur les questionnaires modèles que le Board leur fera remettre. Naturellement, toute latitude leur est laissée pour aller au delà ou pour porter leur examen sur des points non indiqués dans cette énumération, si les cas individuels le commandent.

Les enfants seront examinés trois fois durant leur scolarité : à l'admission, dans la seconde ou la troisième année, peu avant leur départ de l'école. Il sera facile de s'arranger de façon à ce que les médecins ne soient pas trop chargés au début du fonctionnement de l'inspection. On veillera aussi à ce que l'examen médical ait pour base l'âge des élèves plutôt que leur degré de scolarité.

Les inspections devront se faire à l'école même, pendant les heures de classe. On a calculé que quelques minutes suffiront pour examiner un enfant. Le médecin inspecteur aura soin, cependant, de ne pas trop déranger

la marche de l'enseignement, de tenir compte des convenances des maîtres, et de ménager les susceptibilités personnelles des élèves. Il consignera ses observations sur un registre qui sera conservé à l'école. Un extrait de ce registre accompagnera tout enfant qui change d'école. Les observations consignées par le médecin seront strictement confidentielles. Chaque officier de santé scolaire, puisque c'est ainsi qu'il faudra les appeler, fera un rapport annuel qu'on imprimera et qu'on communiquera librement. Afin d'assurer des données qui puissent être rattachées aux observations de l'hygiène publique générale, ces rapports passent en revue l'année ordinaire, non pas l'année scolaire, comme le font les rapports sur l'hygiène générale. Ils mettront en lumière principalement les conditions et les circonstances qui affectent la santé des écoliers primaires; ils donneront des statistiques sur le nombre des élèves examinés, re-examinés et placés sous contrôle; sur les résultats de l'examen; sur le nombre des classes visitées; sur le nombre et le caractère des conditions maladives à des périodes d'âge déterminées; sur les enfants aveugles, sourds, sourds-muets, épileptiques, etc.; sur les conseils donnés en vue de la prévention et du traitement, etc., etc. Comme informations d'un ordre secondaire, on ajoutera les mensurations individuelles et collectives et d'autres observations pouvant, le cas échéant, servir à des relevés anthropométriques.

Un mot sur les Amériques. Dans l'Union du Nord, les grandes cités ont le service médical des écoles depuis 1890. Boston a commencé. Il y a un médecin scolaire pour chacun des 55 arrondissements scolaires; cela fait environ 1.400 enfants à examiner et à surveiller pour chaque médecin. Leur traitement est de 5.000 francs. A New-York 300 médecins scolaires visitent *tous les jours* les écoles, et examinent les enfants

que les maîtres leur signalent comme suspects. Ils renvoient aux parents les enfants malades, car ils ne doivent sous aucun prétexte intervenir dans les droits de la famille et de son médecin.

Dans l'Amérique du Sud, la République Argentine mérite une mention. Trois médecins de Buenos-Ayres ont commencé à s'occuper gratuitement de l'hygiène des écoles et des écoliers. La loi scolaire de 1884 a consacré leurs efforts en étendant le service sur tout le territoire de la république. Il fonctionne sous l'autorité d'un Conseil médical supérieur. Dans la capitale, le service des visites est assuré par trois médecins scolaires, par trois adjoints et par un secrétaire. Le Chili a suivi l'exemple. Des médecins, spécialement appointés à cet effet, vont dans les écoles une fois par mois, inspectent les bâtiments, examinent les enfants et rendent compte immédiatement de chacune de leurs visites au Conseil provincial, qui informe le Conseil supérieur d'hygiène publique.

En Afrique, il convient de citer l'institution du Caire. L'importance qu'on y attache est démontrée par le fait que le médecin scolaire est payé 12.000 francs. Il est assisté de deux adjoints qui reçoivent chacun 3.600 francs. Cinq mille écoliers sont confiés à leur surveillance.

Mais il paraît que c'est en Asie, chez les Japonais, que tous nous trouvons nos maîtres en hygiène scolaire, au moins en ce qui concerne les médecins inspecteurs des écoles. Le Japon passe pour avoir le mieux organisé la surveillance de la santé des écoliers. Depuis 1890, il y a au Ministère japonais de l'Instruction publique une section spéciale d'hygiène scolaire. Exceptionnellement, et sur avis conforme du préfet seulement, une commune de moins de 5.000 âmes peut être dispensée de l'obligation d'appointer un médecin

scolaire. On a compté, en 1903, au Japon 4.582 médecins scolaires.

Je termine ici ce rapide examen. Le mouvement de protection des générations montantes par l'école se propage dans le monde entier. Le premier problème : Qui examinera les écoliers? paraît à peu près résolu. Tout fait espérer qu'il recevra son complément indispensable par la solution du second problème : Qui guérira? problème administratif et financier, par conséquent doublement difficile.

V. F.

II. — Variété

La propreté, par le Dr Courgey.

Combien de fois n'avons-nous point entendu dire au professeur Lorain constatant l'état crasseux des seins et autres parties du corps de la plupart des femmes de son service d'accouchements qu'il ne croyait pas à la propreté.

Il est vrai que lorsqu'un médecin a vécu au milieu d'une population ouvrière, qu'en cette qualité il a pénétré dans tous les intérieurs et toutes les intimités, qu'il a fréquenté des logements non seulement insalubres, mais sales, qu'il a visité des familles où la malpropreté est repoussante autant qu'invétérée; — que d'un autre côté il n'a véritablement pas remarqué, dans de telles conditions, une morbidité, une mortalité ni une contagiosité plus grandes qu'ailleurs, il est en droit de se poser la question; faut-il croire à la propreté?

Ce serait un sujet de thèse du temps de Guy Patin, et un sujet de thèse aussi hygiénique qu'intéressant.

Mais la question est tranchée.

Il faut bien reconnaître pourtant que les Français n'ont pas la spécialité de la propreté.

Les bains sont relativement rares chez eux, et les water-closets, malgré les judicieuses et expresses recommandations du Touring-Club, sont toujours sales. Nous mettons au défi

de trouver propres, — des cabinets qui l'étaient, — après le passage d'un seul client, — mais faisons grâce des détails.

Quoi qu'il en soit, il est bien certain que la propreté ne peut avoir sur l'individu que des résultats favorables, tant au point de vue hygiénique qu'au point de vue moral, — surtout moral.

On est heureux après un bain ou des soins de toilette; on éprouve du bien-être et l'on a une plus haute idée de soi. Les habitudes de propreté donnent de la dignité, le respect de soi-même, et retentissent considérablement sur la tenue morale.

Aussi est-il important de faire prendre ces habitudes aux enfants, et de très bonne heure.

Nous bornant au point de vue hygiénique, nous insisterons sur la nécessité de la propreté chez les enfants et sur les bienfaits qui en découlent.

On ne peut nier qu'elle enlève tout au moins la plus grande partie des germes qui recouvrent, chez eux, un terrain de culture si favorable.

La revue passée à l'entrée de l'école exercera une influence considérable sur l'esprit de l'enfant, et lui fera prendre de bonnes et durables habitudes de propreté.

Le maître s'assurera de la propreté des mains, du visage, de la chevelure.

Il fera les remarques appropriées sur l'état des vêtements, sur la taille des cheveux, sur les soins à apporter à telle ou telle partie du corps.

En quelques mots, il démontrera l'importance de ces soins et passera en revue l'un après l'autre les divers organes qui réclament l'attention, insistant — sans se lasser — tantôt un jour, tantôt l'autre, suivant les cas et les circonstances, sur chacun des points d'hygiène concernant la propreté du corps.

Dans les écoles maternelles, la toilette se fait à l'entrée, à l'aide de femmes de service, et nous avons déjà parlé (1) de la façon dont elle doit se faire, en évitant surtout les serviettes communes.

(1) Voir *Hygiène Scolaire*, 1906, n° 14.

Le maître examinera rapidement la tête, les yeux, le nez, les oreilles et la bouche. Il expliquera qu'il ne faut point laisser accumuler le cérumen dans les oreilles afin d'éviter les écoulements purulents et fétides et la surdité.

Il dira que les yeux doivent être lavés avec soin ainsi que le nez, afin d'éviter les blépharites, les conjonctivites et les orgelets, — ainsi que les inconvénients des écoulements nasaux, des doigts dans le nez qui provoquent des excoriations, des rougeurs, des inflammations, de la punaisie, des adénites, des érysipèles, etc.

Il fera comprendre l'importance des soins de la bouche qui conservent les dents, organes si indispensables à la digestion, enlèvent les produits des fermentations acides ou alcalines ou évitent la carie, le tartre et les maladies infectieuses provenant de l'introduction dans l'estomac, l'intestin et les voies respiratoires, de germes morbides.

Il signalera les avantages d'une haleine saine et non d'odeur repoussante et les désagréments des dents cariées, des aphtes et de la perlèche.

La tête, leur dira-t-il, doit être lavée et savonnée fréquemment pour éviter la crasse, la mauvaise odeur et les parasites.

Les aisselles, les pieds, les orifices naturels doivent être l'objet de soins journaliers de propreté.

Nous avons entendu parler d'un délégué cantonal qui faisait déchausser quelques enfants au hasard pour examiner la propreté des pieds et donnait un sou à ceux qui les avaient propres. Et cela frappait l'attention des enfants qui se lavaient les pieds plus fréquement, autant pour suivre les bons conseils donnés que pour avoir un sou, à l'occasion.

Il n'y a pas de petits moyens ; l'essentiel, c'est de graver des notions utiles de propreté dans le cerveau des enfants qui garderont ces bons principes dans le cours de leur existence.

D'un mot dit à propos, on leur fera saisir la nécessité de se débarrasser des germes des maladies qui recouvrent la surface du corps, remplissent les orifices naturels et finissent par nuire à la santé générale.

On leur démontrera également les dangers du contact par les mains sales, dans les jeux et autres exercices; la propagation de la gourme par les mains, les embrassades, les crayons, porte-plumes et objets communs.

Nous croyons fermement à l'utilité de la vulgarisation des préceptes de propreté, répandus à tout propos, d'une façon incidente surtout, chez les enfants.

D'ailleurs, dans certaines écoles, l'établissement de *bains-douches,* peu coûteux, rend de réels services, et il est à désirer que cette coutume s'introduise dans chaque groupe scolaire le plus promptement possible.

La propreté de l'individu contribue à sa santé, à son bien-être moral et physique, et lorsque l'enfant aura acquis l'habitude de la propreté, il la propagera dans sa famille immédiate, puis dans celle qu'il fondera plus tard.

Et nous estimons qu'il y a beaucoup à faire de ce côté et d'excellents résultats à attendre des efforts qui seront tentés dans ce sens, par les médecins inspecteurs des écoles, les maîtres et les délégués cantonaux.

1er décembre 1908. DOCTEUR COURGEY.

III. — Liste des Médecins inspecteurs

des Écoles de la Ville de Paris et du département de la Seine (1)

PARIS 1908

1er arrondissement

MM. les Docteurs :

1re circonscription : Tourreil, 28, quai du Louvre.

2e — Richard (Ernest), 29, boulevard Saint-Germain.

3e — Carpentier-Méricourt, 24, rue de Richelieu.

2e arrondissement

1re circonscription : Gillet, 33, rue Saint-Augustin.

2e — Reteaud, 1, rue des Petits-Carreaux.

3e — Bruchet, 107, boulevard Sébastopol.

(1) Les noms imprimés en italique sont ceux des médecins inspecteurs des écoles qui ne font pas partie de la Société. — Ceux de nos collègues dont l'adresse serait inexacte sont priés d'en aviser le trésorier.

3e arrondissement

1re circonscription : Caudron, 39, boulevard Saint-Martin.
2e — Monmarson, 5, rue Saint-Claude.
3e — Delestang, 20, rue Montmorency.
4e — Bouchard, 176, rue du Temple.
5e — Ehrhardt, 6, rue Franche-Comté.

4e arrondissement

1re circonscription : Vigouroux, 34, boulevard Sébastopol.
2e — Gourichon, 2, rue des Tournelles.
3e — Gagneur, 19, boulevard Morland.
4e — Rollin (Georges), 50, rue Rivoli.
5e — Garnier, 68, rue François-Miron.
6e — Virey, 12, rue Saint-Merri.

5e arrondissement

1re circonscription : Gervais, 21, boulevard Saint-Germain.
2e — Vautier, 69, boulevard Saint-Germain.
3e — Delisle, 35, rue de l'Arbalète.
4e — Dautel, 119, rue de l'Estrapade.
5e — *Noir, 46, rue de la Clef.*
6e — Planès, 15, boulevard Saint-Michel.
7e — Parizot, 14, rue de Poissy.

6e arrondissement

1re circonscription : Butte, 40, rue Saint-Placide.
2e — Boucheron, 11 *bis*, rue Pasquier.
3e — Mallet, 123, boulevard Saint-Germain.

7e arrondissement

1re circonscription : Veil, 33, avenue Bosquet.
2e — Delaunay, 42, avenue Bosquet.
3e — Tolédano, 27, rue Casimir-Périer.

8e arrondissement

1re circonscription : Billon, 19, rue Miromesnil.
2e — Stackler, 1, rue d'Edimbourg.
3e — Besançon, 51, rue Miromesnil.

9e arrondissement

1re circonscription : Caubet, 6, rue de Berlin.
2e — Variot, 1, rue de Chazelles.
3e — Hirtz, 5, square de l'Opéra.

10e arrondissement

1re circonscription : Dreyfus, 110, boulevard Poissonnière.
2e — Hischmann, 34, rue Baudin.
3e — Hamon, 79, rue du faub. Saint-Denis.
4e — Lévy Georges, 9, rue Pelletier.
5e — Hamelin, 99, rue Lafayette.
6e — Naïs, 2, rue d'Enghien.
7e — Meyer, 55 *bis*, quai Valmy.

11e arrondissement

1re circonscription : Calmeau, 99, rue Oberkampf.
2e — Recht, 7, boulevard Magenta.
3e — Dubrueil, 139, boulevard Voltaire.
4e — *Dubief, 70, rue du Chemin-Vert.*
5e — Bertrand, 2, place Voltaire.
6e — Montignac, 128, boulevard Voltaire.
7e — Chimot, 12, rue Saint-Bernard,
8e — Mme Tourangin, 2, rue Bréguet.
9e — Pascal, 56, avenue de la République.
10e — Hervouë, 50, rue de Turenne.
11e — Daniel, 72, boulevard Beaumarchais.
12e — Chevallereau, 14, rue des Pyramides.
13e — Guillot, 24, boulevard Beaumarchais.

12e arrondissement

1re circonscription : Desmolières, 19, rue de Bellefond.
2e — Yvon, 7, place de la Bastille.
3e — Zibelin, 48, faubourg Saint-Antoine.
4e — *Gibert, 38, rue Keller.*
5e — Dauphin, 12 *bis*, rue Parrot.
6e — Binet, 33, boulevard Henri-IV,
7e — Bloch, 196 *bis*, rue Michel-Bizot.
8e — Gourichon H., 22, boulevard Beaumarchais.

13e arrondissement

1re circonscription : Ollier, 67, avenue des Gobelins.
2e — Mallet, 41, rue de Tolbiac.
3e — Laurent, 11, avenue d'Italie.
4e — Fichon, 4, rue du Banquier.
5e — Biard, 1, quai d'Austerlitz.
6e — Desmons, 70, avenue des Gobelins.
7e — Dorliat, 76, avenue des Gobelins.
8e — Auvergniot, 5, place d'Italie.

14e arrondissement

1re circonscription : Coutrest, 155, rue d'Alésia.
2e — Oguse, 78, rue de l'Ouest.
3e — *Izard, 89, avenue du Maine.*
4e — Clauzel-Vialard, 48, rue Didot.
5e — Jouliard, 115, rue du Château.
6e — Mallet, 22, rue Mouton-Duvernet.
7e — Lafount, 3, rue Mouton-Duvernet.

15e arrondissement

1re circonscription : Puech, 3, avenue du Maine.
2e — Fournioux, 15, rue Nicolas-Charlet.
3e — Marieux, 90, rue du Commerce.
4e — De Pradel, 120, avenue Emile Zola.
5e — Presle, 1, rue Bausset.
6e — Doury, 1, rue de Staël.
7e — Bra, 35, rue Blomet.

16e arrondissement

1re circonscription : Rafinesque, 8, chaussée de la Muette.
2e — Raymond, 34, avenue Kléber.
3e — *Laurand, 77, avenue Kléber.*

17e arrondissement

1re circonscription : Quennec, 87 *bis*, avenue Wagram.
2e — Weber, 19, rue Demours.
3e — Leclercq, 117, rue de Clichy.
4e — Labitte, 8, rue des Moines.
5e — Teisseire, 4, rue Poisson.

6e circonscription : Hitier, 9, rue Bridaine.
7e — Bertrand, 75, rue Legendre.
8e — Gauchas, 6, rue Meissonnier.

18e arrondissement

1re circonscription : Marquez, 4, rue Ordener.
2e — Cazaud, 21, rue Poulet.
3e — *Moinson, 33, boulevard Barbès.*
4e — Dupont, 2, rue Caulaincourt.
5e — Karth, 11, rue Christiani.
6e — Laborde, 16, avenue Trudaine.
7e — Raimondi, 110, rue Ordener.
8e — Dutauziet, 7, rue Sainte-Isaure.
9e — Giraud, 64, boulevard Barbès.
10e — *Weil, 1 bis, rue Tardieu.*
11e — Me Heron de Villefosse, 22, rue de la Condamine.

19e arrondissement

1re circonscription : Narboni, 61, rue Manin.
2e — Delhomme, 159, rue de Flandre.
3e — Le Bas, 8, boulevard Magenta.
4e — Laurent, 59, rue Bolivar.
5e — Lazard, 6, rue de Belleville.
6e — Sangline, 126, rue de Flandre.
7e — Huguenin, 197, faubourg St-Denis.
8e — T hébault, 14, rue Compans.

20e arrondissement

1re circonscription : Faucillon, 4, rue d'Avron.
2e — Braunberger (Marcel), 180, rue de Charonne.
3e — Candégabe, 135, boulevard de Ménilmontant.
4e — Nogué, 17, rue Godot de Mauroy.
5e — Dufestel, 10, boulevard Magenta.
6e — Calton, 292, rue des Pyrénées.
7e — Ballant 54, rue Ménilmontant.
8e — Wildermann, 12, rue Botzaris.
9e — Monjoin, 52, rue de Belleville.
10e — Laloy, 383, rue des Pyrénées.

Arrondissements de Sceaux et Saint-Denis

Arrondissement de Sceaux

Charenton

MM. les Docteurs :

1re circonscription : Roblot, 8, rue de la République, à Charenton.
2e — Capdeville, 6, rue Pasteur, à Alfortville.
3e — Morisson, 108, Grande-Rue, Maisons-Alfort.

Sceaux

1re circonscription : Soubise, à Fontenay-aux-Roses.
2e — Thouvenel, à Antony.

Vanves

1re circonscription : Lefèvre, à Malakoff.
2e — Wehling, à Clamart.

Villejuif

1re circonscription : Le Filliatre, 71, rue Pasquier, à Paris.
2e — *Morin, 67, route de Fontainebleau au Kremlin-Bicêtre.*

Ivry

1re circonscription : Gagnière, 12, avenue Hoche, à Thiais.
2e — Barthès, 4, rue Jeanne-Hachette, à Ivry.

Nogent

1re circonscription : Lallement, Grande-Rue, à Nogent.
2e — Pouillet, à Champigny.

Saint-Maur

1re circonscription : *Changeux, rue de la Terrasse, à Créteil.*
2e — Vallat, à Joinville.
3e — Piettre, à la Varenne.
4e — Sallefranque, au Parc Saint-Maur.

Montreuil

1re circonscription : *Delaunay, 37, boulevard de l'Hôtel-de-Ville, à Montreuil.*
2e — Blesson, 18, rue de l'Hôtel-de-Ville, à Montreuil.

Vincennes

1re circonscription : Pachot, 102, rue de Fontenay, à Vincennes.
2e — Vallat, 32, avenue Aubert, à Vincennes.

Arrondissement de Saint-Denis

Saint-Denis

1re circonscription : Teulière, 20, rue de la République, à Saint-Denis.
2e — Feltz, 30, rue des Ursulines, à Saint-Denis.
3e — Rouchet, 6, route de la Révolte, à Saint-Denis.
4e — Villière, 5, rue Catulienne, à Saint-Denis.
5e — Archambault, boulevard Châteaudun, à Saint-Denis.
6e — *Blois, 164. avenue de Paris, à Saint-Denis.*

Aubervilliers

1re circonscription : Serpaggi, 14, rue Guéroux, à Pierrefitte.
2e — Degardin, rue Pierre Aubert, à Stains.
3e — Ardouin, avenue Victor-Hugo, à Aubervilliers.
4e — Michaux, 19, rue de Pantin, à Aubervilliers.

Saint-Ouen

1re circonscription : Raoul, 67, avenue des Batignolles, à Saint-Ouen.

2e circonscription : Dupoux, 11, rue du Laudy, à Saint-Ouen.
3e — De Lauradour, 4, rue Georges, à Saint-Ouen.
4e — Mayeur, 5, avenue Caquineau, à Epinay.
— — *Goret, 88, rue du Bocage, à l'Ile Saint-Denis.*

Pantin

1re circonscription : Robin, 44, rue Hoche, Pantin.
2e — Siou, 20, rue de la Villette, au Pré-Saint-Gervais.
3e — Camus, 187, rue de Paris, au Lilas.

Noisy-le-Sec

1re circonscription : Cagniat, 87, rue de la Forge, à Noisy-le-Sec.
2e — Rancurel, 24, boulevard Carnot, à Villemonble.

Asnières

1re circonscription : Neubauer, 8, rue du Château, à Asnières.
2e — Boudon, 2, place de la Mairie, à Gennevilliers.

Boulogne

1re circonscription : *Bezançon, 56, Grande-Rue à Boulogne.*
2e — Choquet, 78, Grande-Rue à Boulogne.

Clichy

Circonscription unique : Hellet, 48, rue du Bois, à Clichy.

Courbevoie

1re circonscription : Lefaye, 155, rue Saint-Denis, à Courbevoie.
2e — Wisner, 96, rue Victor-Hugo, à Bois-Colombes.

3e circonscription : Bonnecaze fils, 5, rue Saint-Denis, à Colombes.

4e — Hallade, 48, rue de Courbevoie, à La Garenne-Colombes.

Levallois-Perret

1re circonscription : Lemardeley, 49, rue Rivay, à Levallois.

2e — Soulier, 68, rue de Cormeilles, à Levallois.

Neuilly

1re circonscription : Cayla, 31, avenue de Neuilly, à Neuilly.

2e — Putel, 152, avenue de Neuilly, à Neuilly.

Puteaux

1re circonscription : De la Gorce, 112, rue de Paris, à Puteaux.

2e — Des Tureaux, 10, boulevard de Versailles, à Suresnes.

3e — Mary, 18, rue du Chemin-de-Fer, à Nanterre.

Médecins des écoles professionnelles

M. le Dr Pelisse (école Boulle), 49, boulevard Henri-IV.

IV. — Table alphabétique des Matières

A

Assemblée générale de la Société des médecins inspecteurs des écoles, 29.
Athlétisme et études scolaires, 157.

B

Bibliographie, 71, 104, 163.

C

Cantines scolaires, 85.
Causes (Sur les) de l'épidémie de scarlatine et de rougeole à Paris et dans le département de la Seine, et l'indication de quelques moyens destinés à y remédier, 105.
Concours (Le) pour la nomination des médecins inspecteurs des écoles, 134.
Conférences (Série de) de médecine et de pédagogie, 162.
Comité provisoire d'organisation du Congrès international d'hygiène scolaire de 1910, 102.
Congrès international (3e) d'hygiène scolaire, 100.
Congrès international d'hygiène scolaire de Londres (Quelques réflexions sur le deuxième), 124.
Correspondance, 70.
Coryzas (Les), 38.

D

Diagnostic précoce (Le) de la tuberculose des ganglions bronchiques chez les enfants, 158.

E

Ecoles de scoliotiques, 156.
Enfants anormaux : inspection médicale des écoles de Bordeaux, 40.
Examen (L') des yeux chez les écoliers, 81.

F

Fiche scolaire (La). Son véritable caractère, 5.

H

Horaire (De l') dans les collèges et lycées, 73.

I-J

Inspection médicale des écoles (L') en Angleterre, 40.
Institution (L') des médecins scolaires à l'étranger, 138, 177.

L

Laboratoire d'hygiène scolaire, 99, 163.
Liste des médecins inspecteurs des écoles de la ville de Paris et du département de la Seine (décembre 1908).

M

Médecins scolaires de Berlin (L'activité des), 57.
Méthodes (Les) en éducation physique, 11.
Moyens (Les) d'enrayer la tuberculose à l'école primaire, 170.

N

Note de la Rédaction, 7.

O

Orthopédie (L') et la médecine scolaire, 41.
Otalgie (De l'), 114.

P

Programme (Notre), 1.
Proposition de M. Landrin, conseiller municipal, tendant en l'exécution en régie du nettoyage et de l'entretien des peintures des écoles de

la ville sur le modèle du service de régie de l'Assistance, 159.
Propreté (La), 182.

R

Réorganisation de l'Inspection médicale des écoles (Proposition de M. Camille Roussel relative à la), 131.
Revaccination par grattage, 46.

S

Sections de travail du Congrès international d'Hygiène scolaire de 1910, 132.
Société des médecins inspecteurs des écoles de la Seine. — Comptes rendus des séances, 17, 59, 92, 118, 149.

V

Vaccination dans les écoles, 165.

V. — Table des Mémoires originaux

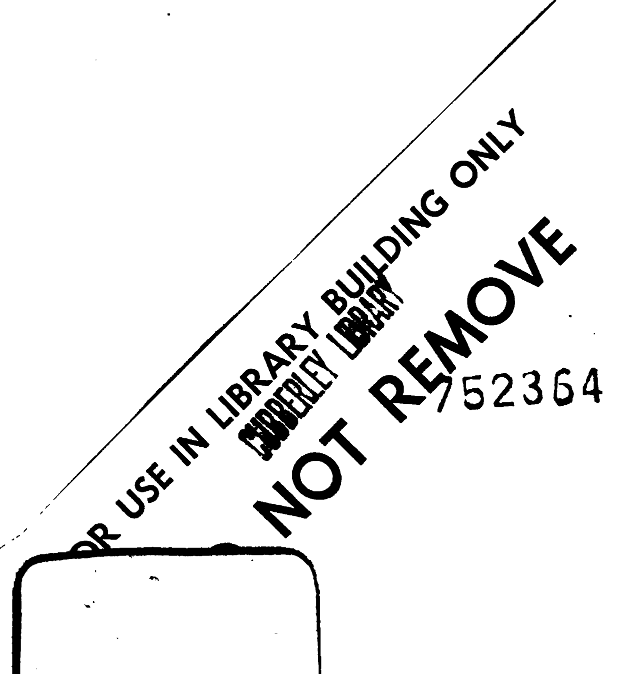
Cantines scolaires (Dr Courgey)................. 85
Causes (Sur les) de la durée anormale de l'épidémie de rougeole et de scarlatine à Paris et dans le département de la Seine et indication de quelques moyens destinés à y remédier. (Dr Gagnière).... 105
Concours (Le) pour la nomination des médecins inspecteurs des écoles (Dr Dufestel)............ 133
Examen (L') des yeux chez les écoliers (Dr V. Caudron).................................... 81
Fiche scolaire (La). Son véritable caractère (Dr H. Gourichon).................................. 8
Horaire dans les collègues et lycées (Dr A. Chaillou) 73
Médecins scolaires de Berlin (L'activité des) (V. H. Friedel...................................... 57
Médecins scolaires à l'étranger (L'institution des) (V. H. Friedel).............................. 138, 177
Méthodes (Les) en éducation physique (Dr Dufestel) 11
Moyens (Les) d'enrayer la tuberculose à l'école primaire (Dr L. Dufestel)....................... 170
Orthopédie (L') et la médecine scolaire (Dr P. Besançon)....................................... 41
Otalgie (De l') (Dr Weber)...................... 114
Revaccination par grattage (Dr G. Gagnière)...... 46
Vaccination dans les écoles (Dr H. Gillet)......... 165

Le Gérant : Paul Rousseau.

Paris. — Imprimerie Levé, rue Cassette, 17. — S.



PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


FOR USE IN LIBRARY BUILDING ONLY
CUBBERLEY LIBRARY
NOT REMOVE
752364

